

École pratique des accouchemens / [Jean Bernard Jacobs].

Contributors

Jacobs, Jean Bernard, 1734-1790?

Publication/Creation

Gand : J.F. vander Schueren, 1785.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/af8ck8dd>

License and attribution

This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>








30150/0
coll. Complet

21 pl. m. h. t.
cont. plus de 100 fig-ur

J. xxv. Jac



Digitized by the Internet Archive
in 2017 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b28766635_0001

ÉCOLE PRATIQUE DES ACCOUCHEMENS, PAR LE

PROFESSEUR J. B. JACOBS,

Assesseur du Collège de Médecine de la Ville de Gand, Chirurgien juré & pensionné de la même Ville & de la Châtellenie du Vieuxbourg; Membre de l'Académie Hollandoise des Sciences de Harlem; Membre correspondant de la Société Batave de Philosophie expérimentale de Rotterdam, &c.

—
Prix 12 Liv. broché & 14 relié.
—



*Parce precor gravidis, facilis Lucina, puellis;
Maturumque utero moliter aufer onus!*

OVID.

A PARIS;

Chez MÉQUIGNON l'Aîné, Libraire, rue des Cordeliers.

A BRUXELLES, chez DU JARDIN, Libraire de LL. AA. RR.

A GAND chez l'Auteur.

—
AVEC APROBATION. 1785.





À MESSIEURS,

MESSEIERS LES BAILLIS DE
QUATRE VERGES ET LES NO-
BLES HOMMES DE FIEFS DE
LA COUR FÉODALE ET CHEA-
TELLENNIE DU VIEUXBOURG
DE GAND.

Les Messieurs de quatre Verges.

CHARLES-CONSTANTIN-FRANÇOIS VANDER STRAETEN, Écuyer, Seigneur de ten Aerden, Stavele, Kemps, Steenbrugge, Bouvry, Scheppers, &c. &c. Bailli de Sa Majesté & de la Châtellenie du Vieuxbourg de Gand.

JEAN-BAPTISTE DE MÜLLER, Écuyer, Bailli de St. Pierre.

AUGUSTIN-ANSELME DELRIO, Écuyer, Bailli de St. Bavon.

ÉMANUEL-JOSEPH DELZOY, Écuyer, Bailli du Pays de Nevele.

Les Messieurs de la Cour Féodale.

Messire PIERRE-LOUIS Vicomte VANDER VARENT.

Messire ÉMANUEL-JEAN-JOSEPH Comte DELLAFAILLE, Seigneur de deux Villes, Métier, Keure & Franchise d'Assenede & Eecloo, Maria-lierde, Hermais, Galatas, Bardouns, &c.

FRÉDÉRIC VAN VAERNEWYCK, Écuyer, Seigneur de Bellegem, &c.

JEAN DE POTTER, Écuyer.

JOSEPH-PIERRE VAN VOLDEN, Écuyer.

Messire CHARLES-DESIRÉ-LOUIS-COLETTE-
GUISLAIN Vicomte DE NIEULANT, Seigneur
de Ruddervoorde, de Pottelsberge, de Caude-
keuken, Noorvelt, ter Meerfche, &c. &c.

PHILIPPE-FRANÇOIS DE NEVE, Écuyer.

Messire GASPAR-BERNARD-GUISLAIN DE
DRAECK.

LOUIS VANDEN HECKE, Écuyer, Seigneur de
Lembeke, &c. Receveur Héréditaire de la
Châtellenie.

MR. FRANÇOIS VISPOEL, Licencié en Droits,
Greffier de cette Châtellenie.

MR. PIERRE-CHARLES-LOUIS VANDER
SCHELDEN, Licencié en Droits, Greffier Ad-
joint de cette Châtellenie.

MESSIEURS,

LEs bienfaits multipliés, dont vous avez daigné
me combler depuis bien des années, m'ont
servi d'aiguillon à acquérir de plus en plus les con-

noissances nécessaires à un Professeur dans l'art des Accouchemens , afin de me rendre digne de la confiance dont vous m'honorez , & de me mettre à même de vous en témoigner une juste reconnoissance.

C'est dans cette vue que je me suis cru obligé de vous dédier cet Ouvrage , comme une foible preuve de mon zèle , persuadé qu'il ne pouvoit paroître sous de meilleurs auspices. Daignez donc le recevoir comme un hommage sincère du dévouement & du respect de celui qui fera toute sa vie ,

M E S S I E U R S ,

Votre très-humble & très-
obéissant Serviteur ,
J. B. JACOBS.

LEs instances continuelles de mes Elèves , m'ont engagé à publier ce *Traité sur les Accouchemens*. Je n'ignore pas combien nous avons déjà des *Livres élémentaires* sur cette matière; mais remplissent-ils exactement leur but? les mieux écrits même, ne semblent-ils pas plutôt destinés pour les Savans, que pour les Elèves? ai-je mieux rempli qu'eux la tâche que je me suis imposée, d'être utile aux commençans? ce n'est pas à moi d'en juger, mais au Public, à qui j'en laisse la décision.

Bien éloigné cependant de prétendre à l'honneur de l'invention dans un sujet si souvent remanié; si je m'attribue quelque mérite, il ne consiste que dans l'ordre & la clarté, & dans la facilité qui en résulte pour ceux qui s'adonnent à cette étude, surtout pour les Sages-femmes si dépourvues en ce Pays des secours nécessaires pour parvenir à la connoissance méthodique de leur art.

Dans mon *Introduction* j'ai indiqué les Auteurs sur les *Accouchemens*, dont on fait le plus de cas dans la *Littérature Française*, & dans tout le cours de mon *Ouvrage*, j'ai marché sur les traces des Savans, dont la réputation est la mieux établie en cette partie, en combinant par-tout leurs observations avec les miennes; mais l'*Ouvrage* dont j'ai le plus profité, est celui de M. Plenck, dont j'ai adopté les principes & suivi l'ordre sans aucune restriction, persuadé que le nom de ce Savant est digne d'être placé à côté de ceux des Camper & des Hunter mêmes.

Si mes foibles efforts sont couronnés de quelque succès, si l'humanité en recueille quelque fruit, ils sont dûs sans réserve à l'illustre Corps du Magistrat de la Châtellenie du Vieuxbourg de Gand, qui s'occupe sans cesse à réformer les abus, à faire fleurir les sciences & les arts, à conserver les citoyens, & sur-tout à les rendre heureux. La Chaire de Professeur pour les *Accouchemens*,

P R É F A C E.

que ces Messieurs viennent d'ériger, & au succès de laquelle ils prennent un si vif intérêt ; les Prix & les Pensions qu'ils daignent accorder annuellement à ceux qui d'entre mes Elèves se distinguent le plus, prouvent combien le témoignage public, que je rends à leur zèle, est éloigné de la flatterie ; & les Corps des Magistrats des Châtellenies de Courtray, d'Oudenarde & d'Alost, imitant & secondant les vues patriotiques des Seigneurs du Vieuxbourg, prouvent également, combien l'exemple de ceux-ci a eu d'influence sur le bien public.

L'ordre & les matières que contient cet Ouvrage, sont les mêmes que ceux que j'ai employés jusqu'ici dans mes leçons. J'ai inventé moi-même la plupart des Planches, & quoiqu'elles ne soient pas aussi correctes que je le desirerois, à cause que je ne connois point le dessein, elles ne laisseront pas que d'être utiles à mes Elèves, lors sur-tout, qu'ils se seront exercés sur le Mannequin.

La traduction que j'en donne en ce moment, ne peut que se ressentir des défauts inséparables du style d'un homme, qui s'est plus appliqué à son art, qu'aux Belles-lettres, & qui a cultivé les Langues pour s'en servir & non pour y briller.

Un reproche spécieux qu'on pourroit faire à mon travail, c'est sa prolixité ; mais le reproche cessera lorsqu'on aura considéré que ce n'est pas pour les Savans, ni pour les Accoucheurs instruits, que je publie cet Ouvrage, qui est uniquement destiné pour les Elèves, & sur-tout pour les Sages-femmes, chez lesquelles les détails les plus minutieux & les explications les plus lumineuses se trouvent souvent insuffisantes.

Si l'Edition Française, que je donne de cet Ouvrage, obtient les suffrages du Public autant que mon Edition Flamande les a obtenu, je traduirai également les traités sur le manuel des Accouchemens instrumentals, sur les maladies des femmes enceintes & en couche, & celui sur les maladies des enfans nouveaux-nés, que je me propose de publier incessamment en ma Langue maternelle.



INTRODUCTION.



E célèbre *Denys* prétend que l'Accouchement est la plus importante de toutes les opérations de Chirurgie, & il en donne deux raisons. La première est, que celles qu'un Chirurgien fait, quelque dangereuses qu'elles soient, n'intéressent qu'une seule personne, & qu'elle en est seule la victime; au lieu que dans l'Accouchement, on peut, soit par imprudence, soit par ignorance, causer la mort à deux, & même à plusieurs individus. La seconde est, que les autres opérations sont très-rares, au lieu que les Accouchemens sont journaliers. Le péché de nos premiers Parens est cause que les femmes, après neuf mois d'une grossesse incommode, mettent leurs enfans au monde avec des douleurs, qu'elles supportent cependant avec la plus grande intrépidité, pourvuque l'Accouchement soit naturel, & les oublient, en regardant l'objet, c'est-à-dire, l'enfant qui leur doit son existence, & en lui présentant avec la plus grande tendresse la mamelle; mais à quels périls ne sont pas exposées les femmes, lorsque la nature s'écarte de l'ordre qu'elle a coutume de suivre! ceux-ci causent une telle impression à quelques-unes, qu'après elles ne rendent plus le devoir conjugal à leurs maris, qu'avec répugnance.

Indépendamment des accidens que peuvent occasioner la mauvaise conformation de leurs corps, & les maladies auxquelles elles sont sujettes, elles ont encore à craindre la résistance que l'enfant oppose à sa sortie, & après que l'Accouchement est heureusement terminé, ceux que peut causer l'extraction de l'arrière-faix. Ces accidens auxquels le sexe est exposé, font cause que les mères ont eu recours de tout tems aux personnes qui passoient pour être expertes dans l'art des Accouchemens.

L'histoire de la Médecine nous apprend, qu'il y a eu dans les siècles les plus reculés des femme qui ses vouoient particulièrement à cet art, & que dans les siècles suivans, des hommes, qui avoient plus de savoir & d'expérience qu'elles, n'ont rien négligé pour le perfectionner; mais le progrès qu'ils firent, fut très-lent à l'égard du génie & des découvertes de nos jours. Cet art est actuellement fondé sur des principes sûrs, sans lesquels on s'expose à commettre des fautes les plus lourdes & les plus grossières.

Le défaut d'instruction est cause qu'aujourd'hui la plupart des Sages-femmes ignorent encore les règles dont elles ne peuvent se passer, lorsqu'elles veulent exercer leur profession avec succès. L'impossibilité, dans laquelle elles sont, d'aller s'instruire chez l'étranger, fait qu'elles ignorent l'ordre que la nature suit dans ses opérations, ou, que voulant l'aider, elles la troublent. Le nombre des Sages-femmes est diminué dans les Villes au point, que les mères sont obligées de s'adresser à des Accoucheurs, qui savent remédier aux dangers, pour la plupart occasionés par des mauvaises manœuvres; ce qui choque leur pudeur, & leur fait perdre la confiance qu'elles avoient en leurs semblables.

Les choses vont encore plus mal dans le Plat-pays, où les femmes embrassent la profession d'Accoucheuses sans autre

condition que leur volonté, & sans autre connoissance, que celle qu'elles ont acquise en mettant elles-mêmes un enfant au monde. Comme ces femmes ignorent entièrement la profession qu'elles exercent illicitement, elles font gémir l'humanité, & elles privent l'Etat d'un nombre prodigieux d'enfans, qui auroient pu un jour lui être utiles par leurs services. Quelques-unes ne sont pas plutôt admises par les Messieurs du Collège où on les examine, qu'elles prennent le titre de Sages-femme jurées; mais il arrive, qu'étant abandonnées à elles-mêmes, & n'ayant plus personne qui veille sur leur conduite, elles oublient le peu qu'elles ont appris par mémoire, plutôt que par un effet de leur jugement, & que ne faisant aucune observation, elles exercent leur art sans ordre & sans méthode.

Il est vrai que la plupart des enfans naissent avec le seul secours de la nature, & sont redevables à sa sagesse de l'existence dont ils jouissent; mais il n'est pas moins vrai, que dans les Accouchemens laborieux & contre nature, les mères & leurs enfans perdroient la vie, si l'art ne venoit à leur secours.

L'art des Accouchemens nous apprend la manière dont on doit s'y prendre, pour seconder la nature, & délivrer une femme en travail, celle qu'on doit tenir pour sauver l'enfant qu'elle porte: les accidens qui retardent l'Accouchement & le rendent laborieux ou impossible, & les moyens de les vaincre avec le secours de la main seule ou armée des instrumens.

Les personnes, qui se destinent à exercer la profession d'accoucheuses, doivent généralement connoître toutes les parties qui composent le corps humain, & principalement celles qui ont rapport à la conception, à la grossesse & à l'Accouchement; leur connexion, leur action; les bonnes ou mauvaises positions qu'un enfant peut avoir dans la matrice; celles que la Sage-femme peut changer, & celles enfin qui exigent l'as-

sistance d'un Accoucheur, pour pouvoir prévenir & remédier à tems aux accidens qu'elles peuvent occasioner. Il est cependant extrêmement rare, pour les raisons que j'ai dites ci-dessus, que la nature dans ces circonstances ait besoin de quelque secours, & c'est de quoi font foi les Journaux de plusieurs Savans : il paroît par la Table ci-jointe, que M. *Camper* a dressée sur celles de MM *Titzing* & *Berkman*, deux célèbres Accoucheurs d'Amsterdam, qu'il n'y a tous les ans dans cette Ville qu'environ 40 accouchemens contre nature. En supposant donc, dit ce savant écrivain, qu'il naisse 6000 enfans, on trouvera à peine un accouchement laborieux sur 150; suivant *Smellie*, un sur 100 ou 10 sur 1000, & suivant mon calcul, 6 à 7 sur 1000.

Si l'on considère qu'Amsterdam est une Ville très-grande & extrêmement peuplée, qu'il y a quantité de femmes pauvres & contrefaites, & que les Sages-femmes ne se donnent pas la peine de les accoucher, parce qu'elles peuvent avoir un Accoucheur pour rien; on comprendra aisément, que dans le Plat-pays, où l'on maîtrise moins la nature, le nombre des accouchemens laborieux doit être plus petit de la moitié.

Voici une Table des Accouchemens laborieux, que MM. *Titzing* & *Berkman* ont envoyée à M. *Camper*, qui l'a faite insérer dans les Mémoires de l'Académie Royale de Chirurgie de Paris, tom. V. pag. 734, d'où je l'ai copiée.

	L'An- née	Têtes enclav.	Le Vi- sage.	Les Bras.	Les Pieds.	Les Fesses.	Le Dos.	Le Cordon ombil.	TOTAL
<i>Tizing</i>	1741	15		5	3	4		4	31
	1742	17		5	4	6		7	39
	1743	17		7	5	2		3	34
	1744	11		4	3			4	22
<i>Tizing</i>	1752	14		6	3	3		4	30
	1753	8		4	1	2		2	17
	1754	7		4	2	2		3	18
	1755	9		4	1	6		2	22
	1756	6		4	2	3			15
	1757	11		3		1		3	18
	1758	14		5	1	4		2	26
	1759	16		3	1	6		3	29
	1760	9		5		2		3	19
	1761	10		2		4		2	18
	1762	9		4	2	3		2	20
	1757	6	1	1	5	1			14
<i>Berkman</i>	1758	13		4	5				22
	1759	10	1	4	6	1	1		23
	1760	8		2	4	3			17
	1761	15		3	4				22
	1762	8		5	4	1	1		19
	1763	10		2	3	5			20
	1764	10	1	4	1	6			22
	1765	9		8	4	1			22
	18	262	3	98	61	66	2	44	539

<i>Berkman</i>	l'Année	Têtes enclav.	Morts	Vivans
	1757	6	6	
	1758	13	9	4
	1759	10	8	2
	1760	8	7	1
	1761	15	13	2
	1762	8	4	4
	1763	10	9	1
	1764	10	8	2
	1765	9	8	1
		89	72	17

M. *Berkman* ajoute, que la plupart des enfans étoient morts avant qu'on le fit appeller, vu que le cordon ombilical, qui étoit sorti avant la tête, se trouvoit comprimé & sans aucune pulsation.

Le nombre des enfans sauvés étoit pourtant au nombre des morts, comme 72 : 17, ou comme 9 : 2.

De 100 il en auroit sauvé 80, peut-être 90.

M. *Titzing* dit, que les Enfans qui présentoient la tête, furent extraits par le

moyen du Levier : ceux qui offroient les fesses sont venus en double, les autres ont été tirés par les pieds. Il observe, qu'il a très-rarement rencontré le dos ou le ventre. On peut conclure delà :

1° Que la moitié des Accouchemens laborieux sont ceux dans lesquels l'enfant présente la tête, & par conséquent, que la méthode de délivrer la tête enclavée, est la plus essentielle, & celle qui mérite la plus sérieuse application.

2° Que dans l'espace de 18 ans, le nombre des enfans qui se sont présentés par les fesses ou l'anus, a été d'un tiers plus grand, que ceux dont le cordon précédoit, comme 66 à 44.

3° Que le nombre de ceux qui présentoient les pieds, est à peu près le même, savoir, comme 64 à 66.

4° Que le nombre de ceux qui présentoient les bras, est d'un tiers plus grand.

5° Que les autres cas , dans lesquels l'enfant présente le ventre ou le dos , sont si rares , qu'on ne peut en favoir la proportion.

On peut donc conclure , sans craindre de se tromper , que sur 100 Accouchemens , il n'y en a tout au plus qu'un de laborieux ; que ceux qui sont naturels , n'ont presque pas besoin du secours de l'art , & que c'est par conséquent très-mal-à-propos qu'on emploie si souvent les instrumens ; que ces derniers loin d'être utiles , troublent souvent les opérations de la nature , & sont autant de poignards , qu'on plonge dans le cœur de la femme. Efforcez-vous donc , chères Matrones , de vous mettre en état , par vos réflexions & un exercice assidu , de posséder les principes de l'art que vous exercez , au point de pouvoir vous passer de ces instrumens meurtriers. Vous le ferez aisément , lorsque rencontrant un obstacle , que vous ne saurez ni ne pourrez surmonter , vous aurez assez de modestie & de prudence , pour envoyer chercher un Accoucheur. En agissant de la sorte , on vous reconnoîtra pour de vraies amies de l'humanité & des Sages-femmes utiles à la société. Souvenez-vous sur-tout , que la nature ne veut point être violentée , & ne négligez jamais les dépôts qu'on vous a confiés : ce sont des créatures du Tout-puissant , des enfans chéris , des tendres & d'honnêtes mères de famille , des épouses sincères , qu'on a confiés à vos soins. Votre profession n'aura rien que de noble , si vous l'exercez comme il faut. *Platon* nous apprend que les Sages-femmes jouissoient d'une grande considération chez les Grecs , qui étoient le Peuple le plus savant & le plus poli de l'univers ; qu'elles présidoient aux mariages & formoient les liens conjugals. *Galien* , *Plin* & *Prosper Alpin* rapportent , qu'on les mettoit au rang des Médecins , & qu'on leur donnoit le titre honorable de *Philosophes* , c'est-à-dire , d'*Amateurs de la sagesse*.

se, d'où est venu le nom français de *Sages-femmes*. Quel plaisir n'est-ce pas pour une Sage-femme, lorsqu'indépendamment de ce nom fastueux, elle a l'avantage de conserver à un père & à une mère, le gage de l'amour qui les unit; de garantir cette dernière du péril dont elle est menacée, & de procurer à l'état des sujets forts, zélés & utiles à la société.

Vous ne pouvez ignorer, si vous prenez la Religion pour guide, que nous sommes obligés d'exercer la profession que nous avons embrassée, non-seulement avec zèle, mais encore de manière que notre conscience n'ait aucun reproche à nous faire; que tout homme, de quelque état qu'il soit, & quelque profession qu'il exerce, est tenu de faire de bonnes œuvres, & cela étant, notre conscience nous oblige à en faire aussi, je veux dire à n'épargner ni nos soins ni nos veilles, lorsqu'il s'agit de secourir les femmes en danger, qui ont besoin de notre secours: nous obéissons, en le faisant, au commandement de Dieu, lors sur-tout, que nous donnons la préférence aux pauvres sur les riches, qui peuvent aisément se procurer ceux dont ils ont besoin. Ne refusons donc point nos services à ces pauvres malheureuses, & n'alléguons aucun prétexte pour nous en dispenser. Que la longueur du travail ne nous rebute pas; encourageons-les à supporter patiemment leurs douleurs, & assurons-les que leur pauvreté ne nous empêchera pas d'avoir pour elles le même soin, que si la fortune les avoit comblées de richesses. Souffrons mille incommodités & tous les dégoûts que l'on trouve dans leurs chaumières, la récompense que Dieu y a attachée, doit nous donner la force & le courage de les supporter. Rien n'est si inhumain que d'abandonner une femme dans le fort des douleurs, & lorsque son enfant est sur le point de naître; mais il faut être plus que cruel, pour violenter
la

la nature, au point de mettre la mère & son enfant aux abois. C'est un crime affreux que de refuser son secours à une fille, qui vient implorer notre secours, lorsqu'elle est à la veille d'accoucher. Ce seroit une imprudence de le lui refuser, à cause qu'elle pourroit tomber dans le désespoir & ôter la vie à un innocent, que le crime de sa mère ne doit pas rendre indigne de nos soins. Quelques Sages-femmes s'imaginent fausement, qu'elles se rendroient complices, si elles accorderoient leur secours à ces sortes de créatures; mais l'humanité dont elles se piquent, doit l'emporter sur ce préjugé, d'autant plus qu'il est contraire à la Religion, qui nous oblige de leur procurer tous les secours qui dépendent de nous.

Je crois qu'il est inutile de défendre la boisson aux Sages-femmes; elles comprennent assez, sans que je le leur dise, les accidens que son excès peut occasionner : elles se trouvent dans le cas d'être appelées à toute heure, & d'avoir la tête saine, afin de ne pas exposer la mère ou l'enfant à quelque danger.

Lorsque l'enfant vient au monde fort foible & sans mouvement, on ne doit pas se hâter de l'envelopper dans un chiffon, & le porter dans un coin de la chambre, pour le dérober aux yeux de sa mère, mais on doit au contraire tâcher de le rappeler à la vie. Le défaut de cette précaution est cause que quantité d'enfans, qui auroient vécu, ont été enterrés vifs & privés du Baptême. J'enseignerai ailleurs comment on doit se conduire en pareil cas.

Aussi-tôt que l'enfant donne des signes de vie, la Sage-femme doit envoyer chez le Curé de la Paroisse, pour savoir l'heure qui lui est la plus commode pour le baptiser; car il peut se faire, qu'on ne le trouve pas toujours chez lui. Il arrive delà, lorsqu'on porte un enfant à l'Eglise pendant son absence, qu'on

est quelquefois obligé de rester exposé aux injures de l'air, ce qui peut altérer sa santé. A quels fâcheux accidens ne l'expose-t-on pas encore, lorsqu'on le porte de maison en maison pour s'arrêter à boire & à noyer les incommodités dans le gènevre, &c.

On doit éviter de porter l'enfant à l'Eglise pendant la nuit, à cause des mauvais chemins, des fossés, des planches & des mauvais chiens qu'on peut rencontrer. Il est de la prudence de prévoir tous les accidens qui peuvent arriver, & de les prévenir.

Lorsqu'on le porte à l'Eglise pour le faire baptiser, on doit l'emmailloter de façon, qu'on n'ait qu'à ôter l'épingle qui attache son béguin sous son menton, pour lui découvrir la tête, la poitrine & les épaules. Quand la Sage-femme présente alors l'enfant au Baptême, il faut qu'elle l'étende le long du bras gauche, en soutenant de la main la tête tant soit peu inclinée sur la poitrine, de sorte que la tête soit un peu plus haute que les pieds, pour que son parrain & sa marraine puissent le soutenir plus aisément.

La Sage-femme ne doit pas permettre à l'accouchée de sortir trop tôt, soit pour aller à l'Eglise, soit pour vaquer à ses affaires, à cause des accidens qui peuvent lui arriver : elle doit aussi faire sentir à la nourrice le prix du dépôt qu'on lui confie, & que la religion & l'humanité exigent, qu'elle en ait tout le soin possible.

Quelques Synodes défendent aux nourrices de coucher leurs enfans dans leur lit ; car le nombre d'enfans qu'on étouffe, est beaucoup plus grand qu'on ne le croit communément. En voici la raison : lorsqu'une nourrice couche avec

son nourrisson dans le même lit & qu'elle l'allaité, elle éprouve un chatouillement qui l'assoupit; elle s'endort sur lui & l'étouffe. D'autres se mettent sur leur séant, & prennent leurs nourrissons entre leurs bras, pour leur présenter la mammelle; mais cette méthode n'est pas plus sûre que l'autre: elles s'assoupissent, & pour empêcher que l'enfant ne leur échappe, elles le serrent entre leurs bras, l'étouffent & le trouvent mort à leur réveil. C'est encore une mauvaise coutume de se pencher sur le berceau de l'enfant, pour lui donner à tetter. Ce qu'une nourrice peut faire de mieux, tant pour prévenir ces accidens, que pour sa propre commodité, est de lui donner tous les soirs à tetter à une heure réglée, dans le tems qu'elle va se coucher; mais si l'enfant dort, elle ne doit point se faire de peine de l'éveiller, ni de lui présenter la mammelle. Ce que je dis ici, est un précepte de la Médecine, & l'on voit par des exemples des enfans déjà accoutumés à être levés pendant la nuit, libérés de cette dangereuse habitude en suivant cette pratique; d'ailleurs les nourrices par ce moyen pourront dormir plus tranquillement; leur lait ne fera point vicié par les insomnies; elles ne seront plus exposées au froid de la nuit, ni par conséquent aux douleurs & aux maladies qui en sont la suite.

Combien d'enfans morts ou estropiés par la négligence de leurs nourrices? Il est bien fâcheux que l'Etat perde tant de sujets; mais il lui en reste encore un nombre, qui par la suite ne peut que lui être à charge; ce sont les imbécilles, les punais, les sourds. Comme l'enfant qui vient de naître, n'est encore qu'une cire molle, susceptible, à ce que l'on croit, de pouvoir être pétrie à son gré, l'on veut que ce soit à une Sage-femme à réparer les défauts de la nature, en réformant la tête de l'enfant, pour la lui rendre plus ronde, de lui faire un nez plus petit & plus agréable. Ce malheureux préjugé est de

tous les pays, & les Sages-femmes n'ont garde d'y manquer; les prières même de la mère, & les reproches qu'elle feroit par la fuite, si la tête de son enfant étoit trop longue, trop large ou trop grosse, les rendent très-exactes à cet usage: il est aisé de penser, avec quelle violence cette manœuvre se pratique. J'en ai vu (c'est la fameuse Dame *du Coudray* qui parle, cet article m'ayant paru trop intéressant, je l'ai copié mot pour mot) ne survivre que quelques jours après, & d'autres rester infirmes pour toujours, d'autres aussi ne pouvoir respirer, pour avoir les os du nez trop resserrés. Mais, pour corriger cet abus, il faudroit que les mères commençassent les premières à devenir raisonnables sur cet article-là, qu'elles fussent bien convaincues, qu'elles participent par amour de mère à la perte & aux infirmités d'un bien qui leur est si cher. J'ai ajouté ici ces réflexions, afin que les Sages-femmes ne s'attachent pas uniquement à ce qui concerne leur art, mais aussi à ce que leur conscience exige.

J'ai dit ci-devant, qu'avant de pouvoir embrasser la profession d'Accoucheuse, elle doit absolument connoître toutes les parties qui ont rapport à la conception, la grossesse, l'accouchement, &c. Comme l'enfant, en naissant, doit nécessairement franchir le détroit qui l'environne, il faut non-seulement qu'elle connoisse sa forme & ses dimensions, mais encore celles de l'enfant. Pour les en instruire, je traiterai d'abord des parties de la femme en général, & de la proportion qu'a la tête de l'enfant avec le bassin. 2.^o De la conception & des signes qui l'annoncent. 3.^o Des signes de la grossesse. 4.^o De l'accouchement en général. 5.^o Des circonstances de l'accouchement naturel en particulier. 6.^o Des accouchemens laborieux & contre-nature en général. 7.^o Des accouchemens laborieux occasionés par les défauts corporels de la femme. 8.^o Par ceux de l'enfant. 9.^o Par sa mauvaise position en gé-

néral &c. ; & afin qu'on puisse me suivre, en lisant les traités qu'on a donnés sur les Accouchemens, j'indiquerai ceux dont je fais usage, pour ne pas être assujetti aux citations continuelles des Auteurs, qui les ont composés.

MAURICEAU est le premier qui a traité des Accouchemens d'une manière méthodique. Il indique tous les manuels qu'ils exigent, à l'exception de celui, dans lequel la tête de l'enfant est enclavée. Son Ouvrage, sous le nom de *Traité des maladies des Femmes grosses, & de celles qui sont accouchées*, où l'on a joint ses *observations* & ses *aphorismes*, a été souvent réimprimé, & si recherché chez l'étranger, qu'on en trouve des traductions en plusieurs langues ; mais l'édition que je préfère, est celle de M. CAMPER, il y a joint une dissertation sur le bassin de la femme, sur l'usage du levier de *Roonhuijs*, & du forceps de *Smellie*, avec trois planches en taille douce.

M. PEU a fait imprimer peu avant *Mauriceau*, son ouvrage intitulé : *la Pratique des Accouchemens*. Paris 1694. in-8.^o Il contient une très-belle réfutation contre la méthode de *Mauriceau* touchant l'application du tire-tête.

Paul PORTAL a publié un ouvrage moins grand que celui du précédent, intitulé : *Pratique des Accouchemens, soutenue d'un grand nombre d'observations*. In-8.^o, Paris 1685., qui a été traduit en Flamand. Cet ouvrage contient plusieurs choses remarquables, mais pas en si bel ordre, que le précédent. Ses observations méritent d'être lues. Il se récrie, avec raison, contre les Accouchemens trop précipités, & blâme les Sages-femmes, qui les accélèrent mal-à-propos.

Avant les deux Auteurs ci-mentionnés, parut l'ouvrage de *Louise BOURGEOIS*, *Observations diverses sur la stérilité & les per-*

tes, &c. dont il y a eu plusieurs éditions. Cet ouvrage n'est point achevé, mais il contient plusieurs observations journalières & importantes, que d'autres ont négligé de faire.

Cosme VIARDEL publia, à Paris en 1748 in-8°, *ses Observations sur la pratique des Accouchemens naturels, contre-nature & monstrueux*. Il y a une édition précédente, mais celle-ci est ornée de figures, & contient des observations utiles. Il proscriit le crochet & autres instrumens.

DE LA MOTTE, *Traité complet des Accouchemens*, &c. édition de Paris de 1721. in-4°, est un ouvrage plein de confusion, cependant amélioré dans celle de 1765 in-8°, où ses observations rédigées par chapitres, sont instructives & écrites avec goût; on y a joint quelques remarques & des figures en taille douce.

DEVENTER, *Observations importantes sur le manuel des Accouchemens*. Paris 1734. in-4°, suit l'ordre de Mauriceau & décrit parfaitement bien l'obliquité de la matrice, quoique plusieurs autres l'eussent observée avant lui.

On a imprimé à Paris en 1743. in-8°, *le Guide des Accoucheurs, ou le Maître dans l'art d'accoucher les femmes*, par Jacques MESNARD. On y trouve de très-belles réflexions sur les enclavemens de la tête de l'enfant.

M. LEVRET a très-bien traité l'enclavement de la tête de l'enfant, de même que de la tête séparée du tronc & restée dans la matrice, dans *ses Observations sur les causes & accidens de plusieurs Accouchemens laborieux*. Paris 1747. in-8°. Il y remarque aussi, que le placenta n'est pas toujours attaché au même endroit, qu'il rend quelquefois l'Accouchement difficile, & est cause de la rupture de la matrice.

Le même, *Suite des observations sur les causes &c.* Paris 1751

in 8.^o Cet ouvrage est très-utile & renferme plusieurs dissertations, dans lesquelles il s'étend sur les avantages de son forceps, dont il dit s'être servi très-avantageusement.

M. PREVILLE a traduit de l'Anglois : *Traité de la théorie & pratique des Accouchemens*, par Guill. SMELLIE. Paris 1754. 4 vol. in-8.^o Le traducteur a réellement rendu un grand service à l'humanité, en publiant cet ouvrage en Langue Française; il renferme tout ce qu'il y a de plus beau en théorie & en pratique, sur l'art des Accouchemens : il rejette le forceps de *M. Levret*; parce qu'avec celui-ci, dit-il, on emploie trop de force, ce qui peut causer de très-mauvaises suites, & donne une nouvelle méthode de se servir du sien propre. Son histoire sur l'art des Accouchemens des Anciens, qui se trouve dans l'introduction de cet ouvrage, mérite d'être lu.

Abrégé de l'art des Accouchemens, à l'usage des Accoucheurs, des Sages-femmes &c., par M. BORDOT fils. Basle 1755. La théorie est instructive, mais dénuée de la bonne pratique.

MORISOT DES LANDES a publié en 1759, *Nic. PUZOS, Traité des Accouchemens*. Paris. L'auteur se méfie des bassins trop spacieux, & veut, lorsqu'ils sont mal-conformés, qu'on ne rompe les enveloppes, que lorsqu'on est bien assuré, que la tête de l'enfant pourra franchir le passage. Il y a à la fin une dissertation de *M. Cranz* sur la rupture de la matrice. L'auteur croit que dans le cas supposé, l'opération césarienne est permise, & il décrit la manière de la pratiquer.

On a imprimé à Paris en 1765 in 8.^o, fig. *Elémens de l'art des Accouchemens, augmentés des observations sur les Accouchemens laborieux*, trad. du Latin de ROEDERER, par M. ***. Cet ouvrage a été reçu avec goût, & renferme la théorie de *Fried.* Prof. à Strasbourg. *M. ROEDERER* y a cependant beaucoup ajouté du sien.

M. ASTRUC a publié en 1765 in-12, *l'Art d'accoucher réduit à ses principes*. Ce traité caractérise un habile théoricien, mais qui n'a point pratiqué les Accouchemens.

M. DELEURYE publia en 1770, *Traité des Accouchemens en faveur des Elèves* &c. Paris in-8.° L'auteur dit avec raison, qu'on ne doit point faire violence pour obtenir la délivrance, ni trop la précipiter, si l'on veut prévenir les suites funestes qui en peuvent survenir. Ses préceptes touchant cet article & plusieurs autres, sont judicieusement détaillés.

M. RAULIN a publié : *Instructions succinctes sur les Accouchemens* &c. Paris 1770 in-12. C'est un petit *vade-mecum* pour les Sages-femmes du Plat-pays; elles y trouveront la manière, comment elles doivent se conduire à l'égard de la Religion, & celle d'ondoyer les enfans.

On a imprimé à Nancy : *Instructions pour les Sages-femmes, ou méthode assurée*, &c. par M. DIDELOT. L'auteur veut, que l'expulsion de l'arrière-faix après un avortement, soit abandonnée à la nature.

M. LE MOINE a traduit & enrichi de notes : *Système nouveau & complet de l'art des Accouchemens, tant théorique que pratique*, &c. par Jean BURTON. Paris 1771. in-8.° Cet ouvrage est instructif, & renferme ses nouvelles méthodes de se servir du forceps, &c.

Le second volume de l'ouvrage de M. BURTON fut traduit par le même, & imprimé à Paris en 1773. L'auteur parle dans son introduction sur l'art des Accouchemens des Anciens, laquelle mérite d'être lue. Le traducteur l'a également augmenté de notes curieuses & très-intéressantes.

On a imprimé à Mons en 1773. in-12, *Cours élémentaire des Accou-*

chemens, distribués en 40 leçons, avec l'exposition sommaire de la matière qu'on doit expliquer dans chacune d'elles, rédigé pour l'instruction des Elèves, par ordre des Etats du Pays & Comté de Haynaut. Cet ouvrage a été fait, comme est le mien, pour être mis entre les mains des Elèves, pour servir de base à la démonstration de celui qui enseigne l'art des Accouchemens, & a été puisé, selon l'Auteur, qui par modestie reste anonyme, dans les ouvrages des Ecrivains les plus estimés.

Avis aux femmes enceintes & en couche, ou Traité, &c. traduit de l'Anglois de CHARLES WHITE par M. ***. Paris, 1774. in-12. Les Accouchemens laborieux exigent, qu'on soit plus attentif à la position des épaules de l'enfant, lesquelles s'opposent souvent à sa sortie. Tous les mouvemens faits par les épaules, doivent être opposés à ceux de la tête. L'Auteur démontre par là le grand abus qu'on commet, en tirant par la tête de l'enfant pour dégager ses épaules dans une même direction.

M. BARBAUT a publié, *Cours d'Accouchemens, en faveur des étudiants en Chirurgie, des Sages-femmes & des aspirantes en cet art.* Paris, 1775. 2 vol. in-12. L'ouvrage est instructif & très-utile à ceux qui aspirent à la maîtrise de l'art des Accouchemens.

ALPHONSE LE ROY, *la pratique des Accouchemens, première partie, contenant l'histoire critique de la doctrine, &c.* Paris, 1776 in-8. C'est une critique des plus amères, mais aussi d'un style des plus élégans. Je ne conseille point à mes Elèves de la lire, avant que l'Auteur, qui est doué de la nature d'un génie supérieur, n'ait satisfait à sa promesse, en publiant ses préceptes sur l'art des Accouchemens, dans lesquels il démontrera une méthode aussi simple que facile à saisir. Je ne doute aucunement ou l'Auteur, qui a l'humanité pour guide,

voudra bien condescendre à exécuter, ce que nous avons si long-tems désiré.

M. LE ROUX a publié : *Observations sur les pertes de sang de femmes en couche*, &c. Dijon, 1776 in-8. Outre plusieurs cas que l'Auteur rapporte, dans lesquels on peut se servir avec utilité du Tampon, qu'il propose pour arrêter la perte excessive de sang, qui arrive aux femmes avant ou après l'Accouchement, accident de plus terrible & effrayant, parce que souvent l'Accoucheur ne peut le prévoir, on trouve encore dans cet ouvrage, plusieurs préceptes très-sages, qui prescrivent la manière de terminer l'Accouchement, lorsque l'enfant se présente dans une mauvaise situation, & qu'il y a en même tems hémorrhagie. M. HELD a rendu un très-grand service aux Praticiens Allemands, par la traduction de cet ouvrage.

On a imprimé à Strasbourg en 1777 in-8 : *Examen de plusieurs préjugés & usages abusifs, concernant les femmes enceintes*, &c. par M. SAUCEROTTE. Ouvrage couronné, & qui mérite l'attention de tout bon citoyen.

Abrégé de l'art des Accouchemens, &c. nouv. édition in-8 avec fig. en couleur, par Madame LE BOURSIER DU COUDRAY. Paris, 1777. C'est la même, qui a si ingénieusement inventé le Mannequin, sur lequel elle enseigne à manœuvrer, & rend ses leçons palpables à ses Elèves. Je n'entrerais point dans les éloges dûs à Madame DU COUDRAY, l'on est suffisamment instruit de sa capacité, par les feuilles publiques, entr'autres la Gazette de France du 25 Septembre 1775, laquelle nous apprend que cette Dame célèbre, qui est pensionnée du Roi, a formé dans deux, & suivant M. SUE, *Essais historiques*, &c.

tom. 2 pag. 513 , dans plusieurs cours 4000 Elèves & Accoucheuses. En effet, ceux ou celles qui suivent ses leçons , doivent faire les progrès les plus rapides, c'est une vérité à laquelle je ne puis me refuser, puisque j'en fus témoin oculaire.

M. VALENTIN a publié en 1778 : *Question Chirurgico-légale*, relative à une femme infortunée, servant de principe, pour distinguer si une femme est accouchée, ou si elle a eu une hydropisie de matrice. On peut ajouter aux signes caractéristiques que l'Auteur rapporte, ceux que j'ai donnés à l'article de l'état d'une femme en couche.

Les ouvrages de DUFOT, TELINGE & GODECHARLES, peuvent être utiles aux Elèves, pour s'instruire par demandes & par réponses.

Dangers du maillot & du lait de femme, &c. par M. LASCAZES DE COMPAYRE. Paris, 1778. La cause principale, dit l'Auteur, de la dégénération de l'espèce humaine, est la nourriture des enfans nouveaux-nés & le maillot.

Discours sur les avantages de la section de la symphyse dans les Accouchemens laborieux & contre-nature, par J. R. SIGAULT. Paris, 1779 in-8. Ce petit ouvrage montre en peu de mots, la conduite que tient la nature, jusqu'au tems de l'Accouchement, qu'elle s'écarte quelquefois; comment on peut la remettre dans son chemin, & les motifs qui obligent à employer cette opération.

Examen d'une brochure qui a pour titre: *Procès verbaux & réflexions à l'occasion de la section de la symphyse*, &c. par M. LAUVERJAT. Amsterdam, 1779. L'Auteur a pratiqué cette opération sur la nommée *Vespres*, & dit qu'elle a mal réussi.

La découverte de cette opération, fera peut-être aussi préjudiciable à l'humanité, qu'utile. Les promesses qu'en donnent les partisans pour la section de la symphyse, encourageront souvent les Accoucheurs dépourvus de connoissances suffisantes, pour l'entreprendre dans des cas, où un moyen plus doux auroit absolument terminé l'Accouchement. J'ai été témoin dans trois occasions différentes, où le Chirurgien Accoucheur étoit déjà armé du bistouri pour la pratiquer, tandis que l'Accouchement se termina par le secours seul de la nature.

M. LE BAS a publié: *Précis de doctrine sur l'art d'accoucher*, &c. Paris, 1780. in-12. L'Auteur qui, par cet ouvrage, a mérité les suffrages d'être élu Membre de l'Académie Royale de Chirurgie, fulmine avec aigreur contre la manière d'instruire les Elèves dans l'art des Accouchemens, par le moyen des mannequins; il préfère, pour enseigner, le sujet vivant, projet qu'il a présenté à Monsieur le Lieutenant-Général de Police, & qui fut approuvé & exécuté; mais dans tout ce qu'il donne pour accoucher une femme, je trouve qu'il n'a rien changé des préceptes, qu'en donne GEORGE COUNSELL, *the art of midwifry*, imprimé à Londres en 1752; lesquels il a copié de mot à mot.

Dissertation sur les avantages de l'allaitement des enfans par leurs mères, par M. LANDAIS. Geneve, 1781. in-8. L'Auteur convient avec nous, que les bonnes nourrices sont très-difficiles à trouver.

M. BAUDELLOCQUE a publié: *L'art des Accouchemens*. Paris, 1781. 2. vol. in-8. L'Auteur très-distingué dans la pratique des Accouchemens, nous apporte dans cet ouvrage, beaucoup de nouveautés très-intéressantes, qui méritent toutes notre at-

tention, Nous devons à cet homme illustre la plus grande reconnaissance; ses préceptes sont très-savans & instructifs; il n'y a que son forceps & la manière de l'appliquer, qui pourroit choquer; j'en donnerai un récit fort au long dans la troisième partie, ou au commencement du second volume de mon ouvrage, en traitant les Accouchemens instrumentals.

Enfin le nombre des Auteurs qui ont écrit sur l'art des Accouchemens, est si grand, qu'il faudroit un gros volume à part, pour les indiquer tous. Je ne cite que proprement ceux, que j'ai lu avec attention, & qui m'ont paru adopter ma doctrine; quand au reste, le Lecteur pourra satisfaire sa curiosité, en parcourant l'ouvrage de M. SUE, dans ses *Essais historiques, littéraires & critiques, sur l'art des Accouchemens*, &c. Paris, 1779. 2. vol. in-8. Ouvrage très-curieux pour ceux qui aiment à s'instruire dans l'Histoire littéraire, qui a pour but la science ou l'art des Accouchemens depuis leur origine, jusqu'à l'époque de sa dernière perfection. Nous devons savoir gré à l'infatigable Auteur pour toutes ses peines & travaux immenses, en composant un tel ouvrage.

Voilà donc la liste des Auteurs qui ont écrit en Français, qui m'ont paru avoir le plus de réputation, & que j'ai placée ici à dessein, afin de ne pas devoir être assujetti à des citations ennuyantes, qui ne servent souvent, qu'à satisfaire la vanité d'un pédant. J'ai suivi le même plan, dans mon Ouvrage Flamand; mais qu'on ne s'imagine point que ces sont les seuls Auteurs qui m'ont servi de guides, j'ai aussi puisé dans les Ouvrages Latins, Allemands, Anglois, &c. pour d'autant mieux pouvoir soutenir ce que j'avance.

Ce n'est cependant point dans les livres, les écrits des Sa-

vans, ni de vive voix, qu'on apprenne l'art pratique des Accouchemens; les livres nous enseignent ce que nous ignorons, & nous font juger jusqu'à quel point nous avons approfondi la chose; mais ils ne nous donnent ni la dextérité, ni l'adresse que les opérations exigent, à moins qu'on ne voudroit acquérir ces dernières aux dépens de la mère & de son enfant.

L'art des Accouchemens est une mer, dans laquelle on se perd, lorsqu'on veut en acquérir dans les livres; & en effet, pour en posséder le mécanisme au fond, il faut avoir une pénétration extraordinaire & une intelligence, que la nature n'accorde pas à tout le monde. Il faut avoir étudié la Chirurgie & l'Anatomie, pour connoître la structure, la connexion & l'usage des parties qui composent le corps humain.


Comme ces sont-là des connoissances, que la plupart des Sages-femmes & même des Elèves en Chirurgie, ne peuvent facilement acquérir, pour ensuite se mettre en pratique des Accouchemens, on doit leur rendre cet art palpable, par le moyen des mannequins, parmi lesquels, je donne la préférence à celui, qu'a si judicieusement inventé la fameuse Dame du COUDRAY, qui, en tout, imite parfaitement la nature. C'est l'unique moyen pour acquérir la dextérité pour tourner un enfant, & les autres manuels analogues à cet art. C'est ce que je me propose de faire, comme l'on verra dans la suite de l'ouvrage, en traitant des Accouchemens contre-nature.





ÉCOLE PRATIQUE DES ACCOUCHEMENS.

I. PARTIE.


 Pour suivre l'ordre de la division de cet ouvrage, tel que je l'ai proposé dans l'introduction, je commencerai par faire la description des organes propres à la génération, à la grossesse & à l'Accouchement naturel; ensuite je démontrerai le mécanisme de l'Accouchement & l'état de la matrice & de ses dépendances dans une femme accouchée: cette partie sera terminée par la méthode de traiter la femme en couche & l'enfant nouveau-né.

C H A P I T R E I.

Des parties de la femme, qui servent à la génération.

Quelques-unes de ces parties, qui ont de la relation avec l'Accouchement, servent à expulser l'enfant; les autres forment le canal, qui sert à son passage: on les divise pour

cette raison en parties actives ou agissantes & en parties passives. Les actives sont la matrice, les muscles du bas-ventre, &c. Les passives sont le bassin & les parties molles qui le tapissent.

On divise aussi les parties de la génération de la femme en dures & en molles. Les parties dures sont le bassin; les molles sont musculieuses, membraneuses, vasculeuses & ligamenteuses.

A R T I C L E I.

Description du bassin.

On trouve à la partie inférieure du tronc un assemblage d'os, approchant de la figure d'un bassin, & qui en retient le nom. Ce bassin est une cavité osseuse, faite de plusieurs os & ligamens; il renferme la matrice, le vagin, la vessie & le rectum.

Le bassin consiste dans l'adulte en quatre os, savoir: l'os sacrum, le coccyx & les deux os innominés, mais dans l'enfance il est composé de huit os. Il n'étoit pas seulement nécessaire, que le bassin du fœtus fut composé d'un plus grand nombre d'os, que celui de l'adulte, mais leur assemblage doit être tellement mobile, que ces différentes pièces puissent se mouvoir & glisser l'une sur l'autre; car la souplesse & la multitude des os du bassin dans le fœtus, facilitent leurs différentes situations durant la grossesse: elles aident aussi d'une façon surprenante les efforts que la Sage-femme est obligée de faire pour tourner l'enfant dans les Accouchemens contre-nature; mais cette construction, si utile avant l'Accouchement, change après la naissance. La liaison de ces pièces devient journalièrement plus forte, de manière que dans les adultes, ces os ne forment, à parler strictement, qu'une pièce continue: cette fermeté des os
du

du bassin devient pour lors nécessaire , puisque cette partie doit servir de soutien à toute la charpente osseuse de l'homme.

ARTICLE II.

De la structure des os du bassin.

Quoique le bassin des adultes ne soit composé que de quatre os , la coutume a prévalu de le diviser en huit ; cette division est avantageuse & sert pour déterminer l'endroit , où la maladie ou difformité prend son origine : elle nous met à même de faire un exposé juste & distinct dans les consultations. Ce moyen nous aide aussi à mieux juger les causes du travail lent & pénible ; ce qui nous fait voir , si nous pouvons surmonter les obstacles ou non , pour les annoncer à un aide ; enfin par-là nous apprenons , de quels moyens il faut s'armer pour les vaincre. Ces huit os sont : (voyez Pl. 1 fig. 5) le sacrum D , le coccyx C , les deux os ilium DD , les deux os ischions EE & les deux os pubis F. L'os sacrum & le coccyx forment la partie postérieure du bassin ; les os ilium , les latérales ; les os pubis , les antérieures , & les ischions les inférieures & latérales.

Les deux os innominés chez les adultes , sont formés par l'ilium , l'ischion & le pubis.

SECTION I.

De l'os sacrum.

L'os sacrum situé au-dessous des vertèbres lombaires & à la partie postérieure du bassin , a une figure triangulaire , c'est-à-dire , qu'il a trois angles , dont deux supérieurs & un à sa partie inférieure , de sorte que sa partie supérieure est

D

beaucoup plus large , que l'inférieure. Sa longueur est de quatre pouces & sa profondeur de six à huit lignes. On y considère deux faces, l'une antérieure, concave & unie, l'autre postérieure, qui est convexe & inégale.

La face antérieure de l'os sacrum est concave, afin que la face de l'enfant y soit logée plus commodément & puisse être conduite selon l'axe du bassin.

La face de l'enfant dans sa situation naturelle, n'est pas toujours placée sur l'os sacrum, ou au moins ne répond pas toujours à la ligne qui le sépare en deux parties égales; il arrive très-souvent, qu'elle est inclinée à droite ou à gauche, afin qu'elle puisse s'engager dans le détroit supérieur du petit bassin, & cela arrive toutes les fois, que la première vertèbre de cet os, ou la dernière des lombes font saillie vers les os pubis, ou que le grand diamètre de la tête de l'enfant est plus considérable, que le diamètre antérieur du détroit supérieur.

L'os sacrum est percé de quatre paires de trous & quelquefois de cinq, par lesquels sortent les nerfs appelés sacrés. La compression faite sur ces nerfs par la tête de l'enfant ou par la Sage-femme, lorsqu'elle est obligée de tirer l'enfant par les pieds, occasionne les crampes que les femmes ressentent, quand elles sont en travail; ces crampes cessent après l'Accouchement.

L'os sacrum est articulé par sa partie supérieure, avec les vertèbres lombaires, latéralement & par ses angles supérieurs, avec les os des iles, & avec le coccyx par son angle inférieur.

L'os sacrum est le siège du rectum, & sa courbure exige, en introduisant le doigt pour le toucher ou la canule pour les lavemens, qu'on soit attentif à ne point blesser l'intestin.

SECTION II.

Du coccx.

La partie postérieure ou inférieure du bassin est formée par le coccx. Cet osselet est ordinairement composé de quatre pièces, qui font qu'il a plus de facilité à se porter en avant ou en arrière. Il prend son origine à l'angle inférieur de l'os sacrum.

Ce petit os s'oppose quelquefois à l'Accouchement par sa courbure & par l'ossification de différentes pièces, qui le composent. Ses articulations sont souvent si mobiles & si relâchées, qu'il se porte trop en arrière, & qu'il est à craindre, que la fourchette ne se déchire. Le premier cas arrive principalement dans la première formation, ou chez les femmes, qui, dans un âge avancé, accouchent pour la première fois : on peut dans ce cas, quoique difficilement, le faire reculer un peu, en introduisant le doigt dans le vagin ou l'an us, en prenant soin de retirer son doigt à mesure que la tête de l'enfant avance ; mais il faut que cela se fasse avec la plus grande prudence, crainte de le fracturer. L'avantage, qu'on tire de cette opération, n'est pas si considérable qu'on le pense ; car la nature agit avec plus de force pendant l'enfantement, que la Sage-femme avec un seul doigt ; celui-ci ne sert qu'à aider un peu la nature. Le second cas, ou la trop grande mobilité du coccx, est plus commun chez les jeunes femmes, principalement celles, qui ont fait plusieurs enfans : on est alors obligé de soutenir le coccx avec la main, pour empêcher le déchirement, dont la fourchette est menacée par la rétrocession de cet os.

Il arrive cependant, en conséquence de la formation pre-

mière, ou de quelqu'autre cause, que cet os est aussi immobile chez les jeunes femmes; on sent dans ce cas-ci un coin qui avance en travers, & tellement uni à l'os sacrum, qu'il ne forme avec ce dernier qu'un seul os immobile. Il est dangereux dans de pareils cas, de repousser le coccix avec violence, pour faciliter l'Accouchement, à cause du dommage qui peut en résulter, ainsi il vaut mieux le suspendre.

Le coccix ne s'étend pas seulement vers le bas, mais aussi en avant, de même que lorsqu'on plie le doigt vers le creux de la main; ce qui est cause, qu'il recule plus ou moins dans presque tous les Accouchemens, & que l'obstacle, qui en résulte, peut les retarder ou les rendre plus laborieux.

La description que je viens de donner, suffit pour faire connaître l'usage de l'os sacrum & du coccix pendant la grossesse & dans l'Accouchement. La saillie du premier empêche, que durant la grossesse, la matrice ne descende avec le fœtus dans la cavité du bassin. Le coccix s'oppose à la sortie du fœtus; mais lors de l'Accouchement, la saillie de l'os sacrum empêche, que la tête de l'enfant n'entraîne avec soi la matrice. La cavité de cet os reçoit la face ou la plus longue partie de la tête de l'enfant, & la conduit conjointement avec le coccix antérieurement vers la sortie du bassin.

SECTION III.

Des os des iles.

Les os des iles ou parties latérales & supérieures du bassin, sont concaves ou forment une grande cavité, qui soutient la matrice du tems de sa plus grande distension: ces os sont couverts de plusieurs membranes & muscles, qui empêchent, que la matrice ne soit endommagée durant la grossesse, par le

poids & les différens mouvemens de l'enfant. On remarquera, que les femmes, qui ont les os des iles fort larges & éloignés l'un de l'autre, accouchent avec plus de facilité, que celles qui les ont étroits & peu écartés. C'est aussi un signe de la bonne ou mauvaise conformation du bassin, qu'on peut aisément découvrir par la seule inspection du corps.

SECTION IV.

De l'ischion.

L'ischion est, comme les autres os du bassin, poli & creux en dedans, & forme conjointement avec les autres os, la capacité de cette partie. Il est pourvu d'une épine ou apophyse pointue, qui avance plus en dedans que les autres parties, & qui sert pareillement à conduire la tête de l'enfant vers l'axe du bassin du tems des expulsions.

SECTION V.

Du pubis.

Les os pubis sont situés à la partie antérieure du bassin & tellement liés ensemble par un double cartilage & des expansions ligamenteuses, qu'on pourroit les regarder comme ne formant qu'un seul os. Ils sont polis & creux en dedans, pour faciliter la sortie de l'enfant.

On voit à la partie inférieure de la symphyse des os pubis deux courbures oblongues, qui forment avec l'os ischion un intervalle qui conduit à la matrice. Les bords de ces courbures sont plus faillans & plus arrondis chez les femmes, que chez les hommes, pour que la tête de l'enfant se fraie plus aisément le passage à mesure qu'elle avance.

ARTICLE III.

Des cartilages & des ligamens du bassin.

Les os du bassin sont liés ensemble de manière, que celui de derrière, c'est-à-dire, le sacrum, est articulé par le haut avec la dernière vertèbre des lombes, de deux côtés avec les os des iles, & en bas avec le coccyx par des cartilages, des ligamens & des muscles.

L'os ilium est articulé avec l'ischion par le moyen d'un cartilage; ce qu'on ne remarque que dans l'enfance: car ce cartilage s'ossifie dans les adultes, pour former avec le pubis l'os *innominé*. L'ischion est joint par sa partie postérieure à l'os sacrum & au coccyx par des ligamens qui se croisent, formant ainsi les parties latérales & postérieures de la capacité du bassin.

Les os pubis sont aussi unis dans l'enfance par un cartilage, en haut avec la partie antérieure de l'ilium; en bas, avec la partie antérieure de l'ischion, & forment le devant du petit bassin. Ces os unis ensemble, ne forment de chaque côté qu'un seul os dans l'adulte, qu'on nomme, ainsi que nous l'avons dit ci-devant, les os *innominés*. Ces derniers sont joints ensemble par des cartilages & des ligamens si forts, qu'il est difficile de croire, qu'ils s'écartent durant le travail de l'Accouchement, pour faciliter la sortie de l'enfant. Plusieurs Auteurs célèbres sont de ce sentiment, d'autres le réfutent, pour moi, je pense que les os du bassin peuvent souffrir un léger écartement dans les jeunes femmes, sur-tout dans celles qui ont les fibres lâches, & qui abondent en humidité; car celle-ci gonflant les cartilages intérieurement, doit nécessairement occasioner un léger écartement; mais dans un âge avancé, dans

les sujets dont les fibres sont roides & les cartilages ossifiés, on ne doit pas compter sur le secours de la nature. Les enclavemens prouvent en notre faveur, & l'inventeur du forceps pourroit fort bien placer son instrument au rang d'une infinité d'autres, qui ne sont plus d'aucun usage, si, comme quelques-uns le prétendent, les os du bassin s'écartent les uns des autres, comme quelques-uns se l'imaginent.

Si l'on considère d'un côté la dureté des os du bassin, la fermeté des cartilages, la forte structure des ligamens qui les unissent, & de l'autre la mollesse des os qui composent la tête de l'enfant, leur flexibilité, & la facilité qu'ils ont de couler les uns sur les autres, leurs sutures n'étant que membraneuses, on conviendra sans peine, que la tête de l'enfant doit céder, & c'est ce qui arrive en effet, sans que ces os souffrent aucun écart, ainsi que le prouve la pratique journalière; car nous voyons dans tous les Accouchemens retardés par la grosseur de la tête, que cette dernière s'allonge & prend une figure conique: c'est celle que l'Accoucheur lui donne, lorsque dans le cas d'enclavement, il est obligé d'avoir recours au forceps.

On doit encore considérer, outre les os du bassin, les ligamens *sacro-ischiatiques*, qui concourent à former de deux côtés le bas du bassin. Il y en a quatre, deux de chaque côté, un grand & un petit. (Voyez Pl. 1 fig. 1). Le grand, GG, est attaché à la partie latérale de l'os sacrum & du coccx, & delà par une expansion large, à la partie interne de la tubérosité de l'ischion. Le petit, FF, prend son origine de toute la partie latérale du coccx, en partie même du sacrum, & va s'attacher à l'épine de l'ischion.

Ces deux ligamens sont pour la plupart posés l'un sur l'autre.

tre & se croisent. L'intérieur ou le petit s'attache à ladite épine & l'autre à la tubérosité de l'ischion, laissant entr'eux un espace pour le passage des nerfs, artères & tendon de l'obturateur interne.

Plusieurs Auteurs, qui traitent de l'art des Accouchemens, n'ont rien dit de ces ligamens, ou ne les ont décrits que superficiellement. On peut en voir une description exacte dans une dissertation que le célèbre Professeur CAMPER a donné dans sa traduction du Traité des maladies des femmes, par MAURICEAU, avec une Planche que nous avons exactement copiée. Voyez Pl. 1 fig. 1.

Il part de ces ligamens, principalement du grand, une expansion aponévrotique, qui s'étend vers l'anus, pour y soutenir le muscle coccygien & le releveur de l'anus.

Ces ligamens, ainsi que le dit Mr. CAMPER, ferment tellement le bassin, que dans une femme morte, qui n'a jamais enfantée, ou qui ne l'a fait que long-tems avant sa mort, on ne peut, même avec violence, introduire la main dans sa cavité; mais après plusieurs reprises, ces ligamens s'allongent au point, qu'on le fait aisément. La nature ici d'accord avec l'art, emploie la même opération avant l'Accouchement. La muco-sité que rendent les petites glandes du vagin, paroît relâcher ces ligamens; aussi voyons-nous, qu'on introduit la main avec facilité dans cette partie pendant le travail, quoique la tête ou quelqu'autre partie de l'enfant les aient distendus.

On observe très-distinctement ce relâchement dans les vaches; & les campagnards disent, lorsqu'ils l'apperçoivent, que c'est une marque que la bête véléra.

On

On peut conclure de ce qui précède : 1.^o Que dans tous les premiers Accouchemens & enclavemens naturels, l'obstacle ne vient pas toujours des os du bassin, mais des ligamens *sacro-ischiatiques*. 2.^o Que leur rigidité est cause que les femmes avancées en âge, accouchent plus difficilement de leur premier enfant, que les jeunes. 3.^o Que ces ligamens doivent obéir & s'étendre, lorsqu'on introduit la main, le dos tourné vers le coccx, ou qu'on les comprime avec les doigts du côté de l'ischion. 4.^o Que lorsque ces ligamens sont long-tems comprimés par la tête de l'enfant, ils perdent une partie de leur élasticité, restent quelque tems relâchés après l'Accouchement & causent la chute de la matrice, qui méthodiquement traitée, se guérit parfaitement bien.

La partie antérieure & inférieure du bassin est encore fermée par les muscles constricteurs & releveurs de l'anus, qui sont étroitement unis au constricteur du vagin. La tête de l'enfant glisse ou s'engage, dans l'Accouchement naturel, dans la cavité du petit bassin, d'où elle tombe dans celle de l'os sacrum & du coccx appuyant sur l'anus, de même que sur son constricteur & son releveur. C'est ici qu'elle s'arrête, jusqu'à ce que les douleurs la poussent plus avant, & pour lors elle cause une éminence au périnée & à l'ouverture de l'anus. C'est dans cet intervalle, que l'occiput glisse sous l'arcade du pubis. Le plus grand effort se fait sentir sur le constricteur du vagin; ce qui est cause qu'il obéit & se déchire souvent dans le premier Accouchement. *Voyez Pl. 7 fig. 2.*

Il s'ensuit de ce qu'on vient de dire, que les parties molles peuvent aussi former une espèce d'enclavement, lorsque la tête de l'enfant est trop grosse & les douleurs trop foibles.

ARTICLE IV.

Division du bassin.

On divise le bassin en grand & en petit. Le grand est formé par les vertèbres inférieures des lombes & par la partie supérieure des os ilium. La partie inférieure de ces mêmes os, le sacrum, le coccix, l'ischion & les os pubis, composent le petit bassin.

On doit considérer dans le petit bassin son entrée ou détroit supérieur, sa sortie ou détroit inférieur, & l'espace qui est entre les deux, forme sa cavité.

On doit bien connoître toutes ces divisions, pour pouvoir rendre compte du progrès de l'Accouchement.

On divise le détroit supérieur du petit bassin en trois diamètres; un antérieur, qui passe de la symphyse de l'os pubis à la faille du sacrum: celui-ci est le plus petit, & a 4 pouces & un 4^{me}. Voyez Pl. I fig. 1. AB. Le plus grand diamètre est le transversal, il passe de l'un des os ilium à l'autre; il a un pouce de plus que le petit, & par conséquent depuis 5 jusqu'à 5 pouces & demi DD. Le diamètre oblique, que l'on peut diviser en gauche & en droit, est le moyen, & a ordinairement 5 pouces: il passe de la symphyse *sacro-iliaque* à la branche de l'os pubis vis-à-vis la cavité cotyloïde EE.

Le détroit inférieur du petit bassin est plus petit & plus irrégulier que le supérieur, & on le divise en cinq diamètres, savoir:

1.^o Il a de l'une des tubérosités de l'os ischion à l'autre, depuis 4 jusqu'à 4 pouces & demi. fig. 4. LL.

2.^o De l'extrémité du coccx aux deux tubérosités de l'ischion, 4 pouces, & par conséquent deux diamètres.

3.^o De l'une des épines de l'ischion à l'autre, 4 pouces ou 4 pouces & demi. fig. 3. II.

4.^o De la pointe ou extrémité du coccx jusqu'à la symphyse des pubis, 4 & demi jusqu'à 5 pouces. fig. 4. K. K.

Le contour ou la circonférence totale du petit bassin, est de 14 jusqu'à 16 pouces; celle du détroit inférieur ou sortie du bassin de 12 jusqu'à 14 pouces.

La profondeur du bassin, depuis la partie supérieure de l'os sacrum jusqu'à l'extrémité du coccx, mesurée perpendiculairement, est d'environ 5 pouces. Le creux que forme l'os sacrum & le coccx, lorsque ce dernier est repoussé par la tête de l'enfant, augmente la profondeur d'un pouce.

Celle depuis le bas de l'ilium jusqu'à l'extrémité de la tubérosité de l'ischion, est de 3 pouces & demi jusqu'à 4. DD; & depuis la partie supérieure du pubis jusqu'à l'inférieure, où se fait leur jonction d'un pouce & demi, B. Il résulte de cette variété, que la cavité du petit bassin est trois fois si profonde de haut en bas en arrière, & latéralement deux fois, que sur le devant. De là vient que la descente de la cavité du petit bassin est antérieurement & latéralement perpendiculaire; mais l'os sacrum & le coccx forment intérieurement une cavité ou courbure, afin que la tête de l'enfant se porte sur le devant à mesure que les contractions de la matrice agissent sur son corps.

On doit bien se mettre au fait de cette division de la cavité du bassin, pour pouvoir examiner & connoître la posi-

tion de la tête de l'enfant dans les différens Accouchemens, & combien elle est avancée au passage, soit par le détroit supérieur, soit par l'inférieur. La connoissance de ces parties est aussi nécessaire pour examiner la constitution du bassin, vu qu'il arrive assez souvent, que son détroit supérieur est trop large ou trop étroit, ce qui peut rendre l'Accouchement difficile ; c'est ce qu'une Sage-femme peut & doit prévoir.

Comme on peut faire cet examen par le seul attouchement des parties tant externes qu'internes, & savoir avec certitude comment le bassin est conformé, & si la femme accouchera heureusement ou difficilement, il convient que les Sages-femmes observent ce que je viens de dire à chaque Accouchement, pour se former une juste idée de la capacité naturelle du bassin, & distinguer, au cas qu'il soit mal conformé, si elle est trop spacieuse ou trop étroite.

ARTICLE V.

Du bassin difforme.

Lorsque le détroit supérieur du bassin est trop grand, l'inférieur est communément trop étroit, ce qui est cause que la matrice peut être aisément entraînée avec la tête de l'enfant dans la capacité du bassin, même par des douleurs très-légères. La tête s'arrête alors, tant à cause du rétrécissement du passage, qu'à cause de la matrice qu'elle a entraînée avec elle. Le commencement du travail est dans ce cas très-prompt & la fin très-lente.

Lors au contraire, que le détroit supérieur du petit bassin est trop étroit, l'inférieur est pour l'ordinaire spacieux ; & dans ce cas la femme est long-tems en travail avant que la tête de

l'enfant descende dans la cavité du petit bassin; mais lorsque la tête de l'enfant est une fois engagée dans sa capacité, l'Accouchement est prompt: de sorte que le commencement du travail est dans ce cas lent & sa fin très-prompte. Le rétrécissement du détroit supérieur du bassin, est quelquefois cause, que la tête de l'enfant ne peut s'engager dans le petit bassin, & dans ce cas, la femme ne peut accoucher qu'avec le secours d'une Sage-femme, ainsi qu'on le démontrera à l'article des Accouchemens contre-nature.

J'ai dit ci-dessus, que la profondeur ordinaire de l'os sacrum est de six à huit lignes; lorsqu'elle est plus considérable, c'est ordinairement aux dépens du détroit supérieur & du détroit inférieur; la capacité du bassin devient plus ample; le commencement & la fin de l'Accouchement sont lents, & le progrès très-prompt. Lors au contraire, que la profondeur est moindre, la capacité du petit bassin n'a pas assez d'étendue; dans ce cas, la tête de l'enfant, après avoir enfilé le détroit supérieur, parvient difficilement jusqu'à l'inférieur, & il court risque de périr, à cause de la pression qu'éprouvent les cerveaux: il est à craindre pour la femme une inflammation au corps de la matrice & à celui de la vessie, à cause du séjour que fait sur ces parties la tête de l'enfant, & de la compression qu'elles éprouvent. C'est encore dans cette occasion, que les os du bassin devroient nécessairement s'écarter, & que l'usage du forceps ou la section de la symphyse deviennent nécessaires: dans ce cas-ci, le commencement & la fin de l'Accouchement sont prompts, & les progrès fort lents.

Lorsque le rétrécissement du petit bassin, principalement du détroit inférieur, est si considérable, qu'il ne permet pas la sortie de la tête de l'enfant, il ne reste qu'un moyen à em-

ployer, mais très-cruel, c'est de vider les cerveaux & d'envoyer l'enfant en l'autre monde, c'est l'unique ressource pour sauver la mère; mais comme il est honteux à l'Accoucheur d'employer des moyens, qui ôtent la vie à l'enfant, il vaut mieux pratiquer la section de la symphyse ou l'opération césarienne. Il doit cependant recourir à la première opération à tems, & ne point employer la dernière, lorsque la tête de l'enfant est engagée dans le petit bassin.

Une Accoucheuse, qui est appelée auprès d'une femme en travail, doit, avant toutes choses, examiner avec soin la conformation externe & interne du bassin, & au cas qu'elle découvre le vice dont on vient de parler, elle ne doit ni temporiser, ni laisser épuiser la femme par la longueur d'un travail inutile, mais employer cette dernière ressource, pendant qu'elle jouit de ses forces & se trouve en état de la supporter.

Nous n'avons aucun vice de conformation à craindre chez les femmes, qui ont déjà fait un enfant à terme bien constitué & qui est venu naturellement, à moins qu'il n'en survienne quelqu'un à l'occasion d'une maladie, qu'elles ont eue depuis.

Il est évident par tout ce que nous venons de dire, que pour que l'Accouchement soit heureux & facile, le bassin doit être bien conformé & avoir les qualités suivantes : 1.^o Que chacun de ses os ait une grosseur, une largeur & une surface bien proportionnées. 2.^o Que ces os forment une capacité convenable. 3.^o Que cette capacité, qui consiste dans l'entrée & la sortie de la cavité du petit bassin, soit proportionnée avec la tête de l'enfant; car il peut se faire qu'un bassin, quoique bien conformé, soit trop large ou trop étroit, eu égard à la tête de l'enfant, & occasionne un Accouchement très-fâcheux.

Puisqu'un bassin difforme peut occasionner des Accouchemens laborieux & contre-nature, l'on ne doit jamais perdre de vue les défauts auxquels il est sujet.

1.^o Dans sa partie supérieure & postérieure, lorsque la faillie, formée par l'os sacrum & la dernière vertèbre des lombes, s'incline trop sur le devant, & diminue considérablement le diamètre antérieur du détroit supérieur; pour lors l'enfant ne peut s'y engager qu'obliquement, ou ne s'engage même pas du tout, lorsque la faillie est trop considérable; & dans ce cas, les os des îles se portent en arrière, les cuisses en dehors & les reins en dedans.

2.^o Lorsque les os pubis, au lieu de faire faillie en dehors, la font en dedans du côté de l'os sacrum, la femme porte ses cuisses & ses genoux en dedans.

3.^o Le bassin peut aussi être défectueux dans sa partie postérieure & inférieure, lorsque l'inférieure du sacrum, comme nous l'avons dit plus haut, est trop courbée en dedans & vers le haut; ce qui rétrécit la capacité du bassin & le détroit inférieur. Il en est de même lorsque les tubérosités inférieures de l'ischion se portent en dedans, au lieu de se jeter en dehors: on reconnoît ce défaut par le toucher.

4.^o La capacité du bassin peut éprouver divers changemens, lorsque les os ilium ou l'ischion la diminuent par leur forme, ou lorsque l'un ou l'autre des os du bassin est raboteux, inégal ou attaqué d'une exostose, ce qu'on remarque souvent dans les femmes, qui dès leur enfance, sont boiteuses, qui ont les os courbés & exostosés, ou qui ont beaucoup souffert du rachitis: l'Accouchement de celles-ci est des plus difficiles, si même il ne soit pas impossible. Voyez Pl. 1. fig. 5.

ARTICLE VI.

*Des parties renfermées dans le bassin des femmes,
& des celles qui entourent sa cavité.*

Les parties renfermées dans le bassin des femmes, sont la vessie, la matrice avec ses dépendances & le rectum. Ce dernier est placé par-derrière, la vessie par-devant, la matrice & le vagin entre ces deux parties, & ses dépendances de côté.

Le bassin est revêtu, tant extérieurement qu'intérieurement, de muscles, de membranes, de ligamens, d'expansions ligamenteuses, du tissu graisseux, de nerfs, d'artères & de veines.

ARTICLE VII.

De l'articulation & usage du bassin.

Le bassin généralement pris, est articulé par le haut avec la dernière vertèbre des lombes, & par le bas avec les femurs dans les cavités cotyloïdes, sur les têtes desquelles, il suit la flexion de la colonne vertébrale, comme sur deux pivots mobiles.

Le bassin sert non-seulement de soutien à la matrice, mais encore d'attache à toutes les parties molles de la génération, tant internes qu'externes.

ARTICLE VIII.

*De la différence entre le bassin d'un homme & celui
d'une femme.*

Il y a une différence remarquable entre le bassin d'une femme bien conformée & celui d'un homme qui l'est également, laquelle est de très-grande conséquence, tant pour la grossesse,
que

que pour l'Accouchement, Dans les femmes, le détroit supérieur & inférieur, de même que la capacité du bassin, sont beaucoup plus larges; le coccx plus mobile; les ailes formées par les os des îles, plus évasées, afin que durant la grossesse, la matrice soit plus à l'aise. Les tubérosités de l'ischion, & les branches qui forment l'arcade du pubis, sont plus écartées, & ses bords plus courbés en dehors; la capacité moins profonde, &c. ce qui facilite le passage de la tête de l'enfant.

ARTICLE IX.

De l'axe du bassin.

La description que je viens de donner du bassin, toute courte qu'elle est, suffira, je pense, pour en donner une idée juste; mais avant de la finir & de faire l'analogie générale de la tête de l'enfant avec le bassin, il convient de parler de son axe & du tronc total de la mère, qui certainement méritent une attention particulière, parce que l'enfant ne vient point au monde uniquement par le bassin, mais par celui-ci conjointement avec tout le corps & particulièrement avec le tronc.

Lorsque la femme est couchée sur le dos, la cavité du bassin s'incline de bas en haut, au lieu qu'elle s'incline sur le devant, lorsqu'elle est debout. C'est sur quoi l'on doit particulièrement réfléchir, pour connoître son axe; car c'est selon ce dernier, qu'on doit toucher la femme, ou introduire dans la matrice la main ou les instrumens dont on se sert pour cet effet; car faute de cette attention, leur introduction pourroit devenir impossible. Mr. LEVRET a fait construire son forceps selon l'axe du bassin, & c'est par-là qu'il l'a perfectionné & rendu plus utile.

La description que le célèbre Professeur CAMPER a donnée sur ce sujet, m'a paru si importante, que je n'ai osé y apporter le moindre changement; c'est ce qui fait, que je l'ai copiée mot pour mot hors de son addition à l'ouvrage de MAURICEAU; j'y ai joint la même Planche. *Voyez Pl. 5. fig. 1*, où l'on remarque toute la poitrine, les lombes & le bassin sciés en deux, & un enfant dedans, placé dans sa situation naturelle. Cette Planche a rapport avec la 3.^e & la 4.^e

La première chose, dit cet homme célèbre, qui se présente à la vue, est le cours singulier de la colonne vertébrale C F G H, qu'HIPPOCRATE a très-bien décrit le premier, savoir, la cavité de l'os sacrum, la courbure des lombes vers l'intérieur, & la forme convexe des vertèbres de la poitrine. On voit par-là que la colonne vertébrale ne forme point une ligne droite, mais qu'elle a la figure d'un S, depuis la première vertèbre du dos, jusqu'à l'extrémité du coccyx, d'où résultent différens changemens au bassin, selon les différentes attitudes du corps, comme je viens de le dire.

Lorsqu'on tire une ligne verticale par tous les centres de gravité, on a la droite A B, qui tombe dans la poitrine entre le sternum & la colonne vertébrale; mais qui des lombes passe par le corps des vertèbres & le milieu de la surface de la cavité cotyloïde, comme en E. On appelle cette ligne la ligne des centres de gravité : en comparant cette ligne avec la courbure de la colonne vertébrale, l'on peut très-bien juger de sa direction.

On trouve, en commençant par le bas, que la première vertèbre des lombes forme en F un angle, qu'on appelle l'angle obtus ou la faillie de l'os sacrum, & que lorsque cet angle de-

vlent trop aigu, la distance entre le pubis & le sacrum, ou le diamètre antérieur du détroit supérieur du petit bassin F M, diminue tellement, que la tête de l'enfant ne peut s'y engager que très-difficilement, ou même point du tout.

Cet angle est plus aigu, lorsque les lombes des femmes sont enfoncés ou concaves, & c'est uniquement dans ce cas, que la tête de l'enfant s'enclave entre le sacrum & le pubis, ce qui l'empêche de glisser dans la cavité du petit bassin.

Lorsqu'il s'agit dans de pareils cas de tourner l'enfant ou d'extraire l'arrière-faix, cet angle empêche qu'on introduise la main aussi haut qu'il le faut, & pour lors, il vaut mieux faire coucher la femme sur le côté.

Il arrive cependant le plus souvent, que cet angle est tout-à-fait rond & obtus, comme on le voit en F. Les vertèbres des lombes ne forment quelquefois qu'une légère inflexion avec l'os sacrum, comme en F G, parce qu'il y a six vertèbres des lombes; & ce cas arrive quelquefois.

Comme c'est l'axe du bassin qui sert à diriger la main de l'Accoucheur, ou les instrumens qu'il introduit dans la matrice, il faut pour le trouver, tirer de l'extrémité du coccyx, par le milieu de F M, une ligne droite C E D, qu'on nomme *l'axe du bassin*.

Nous apprenons par-là, 1.^o qu'on doit toujours conduire la main ou l'instrument vers le haut du bassin, en suivant son axe entre C M vers D, comme la ligne ponctuée D H *fig. 1. Pl. 2.* le montre, & non pas en haut de B vers A. Il est souvent arrivé, pour avoir fait le contraire, que l'Accoucheur

n'a pu introduire la main pour tourner l'enfant, pour extraire l'arrière-faix, & le forceps pour dégager une tête enclavée.

On voit par-là 2.^o, que la matrice penche toujours en avant, & quelquefois si fort, sur-tout dans l'Accouchement, que son diamètre tombe entièrement sur l'axe du bassin, c'est à-dire, que O L tombe sur C D, comme on le voit Pl. 3. & 4. Il est donc impossible, dit le célèbre M. CAMPER, que la matrice s'incline en arrière; il peut bien quelquefois arriver, qu'elle tombe de côté, mais cet écart ne peut jamais être assez considérable, pour retarder l'Accouchement. Je ne faurois adopter ce sentiment, malgré l'estime que j'ai pour cet homme célèbre, vu que l'expérience m'a convaincu du contraire, ainsi qu'on le verra dans la suite.

3.^o Que l'enfant ne peut jamais faciliter l'Accouchement par son propre poids, soit que la mère soit assise, couchée, debout ou placée sur le côté.

4.^o Il est visible enfin tant par la figure, que par la Planche précédente, qu'il reste un espace suffisant pour les viscères entre la matrice & le diaphragme; ce qui ne seroit pas, si la matrice se dirigeoit directement en haut dans la ligne des centres de gravité A B.

La ligne ponctuée G I K représente la véritable inflexion du diaphragme, qui monte jusqu'à la 3.^e & 4.^e vraie côte, à compter d'en haut.

A R T I C L E X.

Dimensions de la tête des enfans.

Après avoir vu la construction & les différentes formes du bassin, il convient d'observer la convenance qu'il a avec la

tête des enfans, & c'est ce que je vais faire en suivant mot à mot le célèbre M. CAMPER.

On ne peut assez admirer la sagesse divine dans la formation du bassin des femmes, auquel il a donné une capacité proportionnée à la tête de l'enfant, qui se présente naturellement.

Cette tête a, outre la flexibilité des os, communément une grandeur proportionnée & analogue avec le bassin: son diamètre, depuis le sinciput jusqu'à l'occiput, est de 4 pouces & demi. *Voyez la Pl. 1. fig. 6.*

Depuis les tempes N N, 3 pouces & un huitième.

Des os pariétaux M M, 3 pouces & demi.

Depuis la fontanelle jusqu'à la nuque Q Q, 3 pouces & trois quarts.

Depuis le menton jusqu'au sommet de la tête P P, 5 pouces.

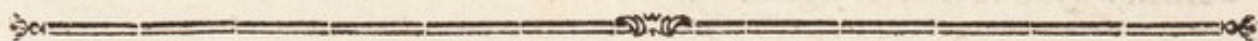
La largeur des épaules est communément de trois pouces & demi, & la longueur totale de l'enfant, de 16 pouces.

On voit donc clairement par-là, que la longueur de la tête excède sa largeur d'un pouce, & que son diamètre, depuis la fontanelle jusqu'à la nuque, est en proportion moyenne entre la distance du sinciput à l'occiput & les os pariétaux; que cette tête ne peut passer par le bassin avec son plus grand diamètre, de quelque façon qu'elle soit placée, mais bien, lorsque l'occiput se présente le premier.

Lorsque la tête de l'enfant est plus grosse, ou le bassin plus étroit, les pariétaux & l'occiput coulent l'un sur l'autre, la tête

prend une figure oblongue & pointue. Dans le cas où elle s'engage transversalement dans la capacité du bassin, elle tombe sur son fond & y reste, parce qu'elle ne peut ni se rétrécir, ni avancer, qu'avec le secours de l'art, en faisant glisser l'occiput sous l'os pubis, au moyen de quoi l'Accouchement se termine, de même que s'il étoit naturel.

On voit par-là, combien il est nécessaire pour pratiquer l'art des Accouchemens, de bien connoître & de se former une juste idée du bassin de la femme & de la tête de l'enfant.



C H A P I T R E X X.

Des parties molles de la femme, qui servent à la génération, à la grossesse & à l'accouchement.

Les parties qui font le sujet de ce Chapitre, sont placées, partie hors du bassin & partie dans le bassin, ce qui fait qu'on les divise en externes & en internes.

A R T I C L E I.

Des parties externes de la génération.

Les parties externes ou qui se présentent à la vue, sont les suivantes. *Voyez la Pl. 2. fig. 2.*

Le pénil A, les grandes lèvres B B, les petites lèvres D D, le clitoris C, le méat urinaire E, l'orifice du vagin F, l'hymen, & après la défloration les quatre caroncules myrtiformes G G, la fosse naviculaire I, le frein K, la périnée L, l'anus M, & les deux fesses N N.

SECTION I.

Du pénil.

Le pénil est une éminence molle, formée par la graisse & placée sur le pubis, où il forme une espèce de coussinet, qui sert à adoucir les chocs, auxquels cette partie est exposée : vers l'âge de puberté, il commence à y croître des poils, qui tombent lorsque les évacuations périodiques cessent, ou que la femme est avancée en âge.

La tension & la douleur piquante, que quelques femmes & quelques filles éprouvent sous le pénil & aux aines, sans qu'il y ait aucune rougeur, chaleur ou tumeur, dénotent souvent une maladie occulte du bas-ventre.

SECTION II.

Des grandes lèvres & de la vulve.

Les grandes lèvres sont deux grosses éminences molles & épaisses, qui commencent au dessous du pénil & aboutissent à la périnée pour former la fourchette ; leur écartement forme ce qu'on nomme la vulve ou la grande fente : elles se joignent au dessous du pénil & à la périnée, & l'on donne à ces jonctions le nom de commissures. Elles ont deux surfaces : l'externe est arrondie & l'intérieure aplatie. La peau de la première est semblable à celle du pénil & des aines ; celle de la seconde est rouge, fine & polie : elles sont aussi couvertes de poils vers l'âge de puberté.

Les grandes lèvres restent dures & fermes tant que les filles conservent leur virginité, à moins qu'elles ne deviennent âgées, ou qu'elles n'essuient une maladie aigue ou chronique ; leur

fermeté diminue après le mariage, lorsque les Accouchemens sont fréquens: elles sont plus ou moins rapprochées, suivant qu'elles sont fermes ou molles, & selon que les cuisses sont rapprochées ou écartées. On les trouve souvent écartées aux filles qui naissent, & pour lors, elles laissent appercevoir les petites lèvres.

Les grandes lèvres se partagent comme en deux colonnes, & servent à couvrir l'arcade des os pubis. On observe dans les femmes qui accouchent pour la première fois, qu'elles rentrent dans le vagin, ce qui donne lieu de croire, qu'elles contribuent à le dilater & à faciliter l'Accouchement, sans cependant qu'elles se déchirent par le trop grand volume de la tête de l'enfant.

S E C T I O N I I I .

Des petites lèvres ou nymphes.

Les petites lèvres sont deux parties rouges & charnues, qui ressemblent aux crêtes qui pendent sous le gosier d'un jeune coq, ce qui leur a fait donner le nom de crêtes de coq. Ce sont deux replis de la peau interne de grandes lèvres; elles forment par leur commissure supérieure le prépuce du clitoris, & s'écartant à mesure qu'elles descendent, elles vont se perdre dans les grandes lèvres. C'est entr'elles qu'est placée l'ouverture de l'urètre. On les découvre aisément en écartant les grandes lèvres, entre lesquelles elles sont souvent faillie. Elles s'allongent quelquefois si fort, qu'on est obligé de les couper, mais cela arrive rarement aux filles, qui ont leur virginité.

Leur substance est spongieuse, remplie de vaisseaux sanguins, de nerfs & de glandes, & couverte par la membrane interne de grandes lèvres. Elles sont couvertes de quantité de glandes
seba-

sébacées, qui rendent une liqueur d'une odeur toute particulière: elles sont vermeilles chez les filles, mais elles pâlisent chez les femmes, qui ont eu beaucoup d'enfans.

Leur usage est d'empêcher que l'air ne pénètre dans le vagin & dans le conduit urinaire: elles concourent de même que les grandes lèvres à la dilatation du vagin dans le tems de l'Accouchement, & conduisent, à ce qu'on prétend, le jet de l'urine, pour empêcher, qu'elle ne mouille les pieds.

SECTION IV.

Du clitoris.

Le clitoris est un bouton vermeil, placé sous la commissure supérieure de grandes lèvres, d'une substance spongieuse & parsemé d'une grande quantité des houpes nerveuses, qui le rendent d'une sensibilité extrême. Sa couleur vermeille est occasionnée par le sang que lui fournissent les artères & les veines.

Le clitoris dans son état naturel, ne peut causer aucun obstacle à l'Accouchement; mais comme il a beaucoup de sensibilité, on doit le ménager pendant les attouchemens, pour prévenir l'inflammation qui peut en résulter.

Il est quelquefois d'une longueur & d'une grosseur considérable: DE GRAAF dit, qu'une fille nouvellement née avoit cette partie d'une grosseur si énorme, qu'on la prit pour un garçon. Cet exemple n'est pas unique & prouve, qu'on doit regarder la plupart des hermaphrodites comme de véritables femmes. Dans des occurrences pareilles, les Sages-femmes doivent être très-circonspectes, & ne pas annoncer de pareilles filles pour des garçons.

Cette partie est d'une sensibilité si exquise, qu'elle passe pour être le siège des plaisirs vénériens.

SECTION V.

Du méat ou conduit urinaire.

On découvre, en écartant les nymphes, le méat ou conduit urinaire, lequel est placé environ un travers de doigt au dessous du clitoris. Cette ouverture, dans l'état naturel, est quelquefois couverte d'un petit corps charnu & spongieux, qui empêche de l'appercevoir; si dans ce cas, il faut sonder la femme, on relevera un peu la peau, pendant qu'on écarte les grandes & les petites lèvres.

L'urètre passant le long de la symphyse des pubis, en dessous leur arcade, est toujours comprimé par la tête de l'enfant pendant qu'elle descend: il ne lui arrive rien de fâcheux, lorsque l'Accouchement est prompt; mais lorsqu'il est long, il peut survenir une rétention d'urine, une meurtrissure, une inflammation & une gangrène dans le col de la vessie & de l'urètre dans l'endroit comprimé, soit par la tête de l'enfant, soit par le levier ou le forceps, dont on se sert pour la dégager. Nous parlerons de ceci plus amplement dans la suite.

SECTION VI.

De l'orifice du vagin, de l'hymen, des caroncules myrtiformes, de la glande prostate, de la fourchette, de la fosse naviculaire, de la grande fente & du périnée.

L'orifice du vagin est placé entre les nymphes au-dessous du conduit urinaire. Il est plus étroit que le vagin même, & il a

le pouvoir, par le moyen de ses fibres musculeuses, qu'on appelle le constricteur de la vulve, de se dilater & de se contracter, ainsi qu'on peut s'en appercevoir, en introduisant le doigt dedans. *Voyez la Pl. 2. fig. 6. G.*

Cette ouverture dans les vierges, est entourée d'un cercle membraneux, qu'elle reçoit de la membrane interne du vagin, auquel on donne le nom d'hymen. Cette membrane est percée, pour donner passage aux menstrues & aux autres humeurs évacuées par la matrice & le vagin. Après que l'hymen a disparu, l'on trouve à sa place quatre petits boutons charnus, qui paroissent ne former qu'un seul corps, mais qui se séparent, lorsqu'on introduit un corps étranger entre deux. On les nomme caroncules myrtiformes.

Ces caroncules sont des appendices de la membrane interne des grandes lèvres; elles entourent l'orifice du vagin, & le ferment lorsqu'il est en contraction, comme le cul d'une poule.

Ces mêmes caroncules servent à dilater le vagin dans le tems de l'Accouchement; elles diminuent chaque fois, qu'une femme met un enfant au monde, de manière, qu'on les trouve souvent effacées.

On voit à la partie supérieure de l'orifice du vagin & au dessous du conduit urinaire, un corps spongieux très-remarquable, qui, dans les Accouchemens lents & laborieux, s'enfle quelquefois très-considérablement. Un Accoucheur doit éviter de le toucher trop rudement, parce qu'il est très-sujet à l'inflammation & à la gangrène.

Ce corps est situé directement sous l'urètre le long du col de la vessie, d'où vient que DIONIS lui a donné le nom de

prostate. Il fournit un suc mucilagineux, qui sert à humecter le vagin & à le garantir des impressions que feroit sur lui l'âcreté de l'urine. *Voyez la Pl. 2. fig. 2. lettre F.*

Le frein est un repli épais & charnu, qui réunit les grandes lèvres par leur partie inférieure, & auquel on donne le nom de frein de la vulve ou de la fourchette. Ce frein est un ligament très-tendu dans les jeunes filles; mais qui s'efface par le fréquent usage du coït, & se détruit par l'Accouchement.

On apperçoit derrière ces replis & à l'entrée du vagin, un enfoncement ou fosse, à laquelle on donne le nom de fosse naviculaire, à cause de sa figure, & qui s'efface aussi dans les femmes mariées.

La fourchette est proprement l'union des grandes lèvres par leur partie inférieure: elle se déchire souvent à cause de la dilatation excessive qu'elle souffre au passage du fœtus, sur-tout dans les femmes âgées, qui accouchent pour la première fois.

La grande fente ou vulve, est une ouverture longitudinale, qui regne entre les grandes lèvres de la vulve, depuis leur commissure supérieure, je veux dire le pénil, jusqu'à leur union inférieure.

L'espace compris entre la fourchette & l'anus, est le périnée: son étendue est d'environ deux travers de doigt, mais il peut s'étendre considérablement dans le moment de l'Accouchement, sur-tout du premier enfant.

ARTICLE II.

Des parties internes qui servent à la génération, à la grossesse & à l'Accouchement.

Ces parties se trouvent cachées dans la cavité du bassin, & ne sont visibles, que par la dissection. *Voyez la Pl. 2. fig. 6.*

Ces parties sont : E le vagin, C la matrice, LL MM les ligamens de la matrice, II les trompes de fallope, H H les ovaires, & en outre les vaisseaux, les nerfs & les glandes qui appartiennent à ces parties.

SECTION I.

Du vagin.

Le vagin est un canal membraneux, qui conduit directement à la matrice : il commence à la grande fente, monte avec une petite courbure vers le haut sous l'arcade du pubis, entre le rectum & l'urètre, & embrasse l'orifice du col de la matrice, de manière, que sa surface postérieure est attachée plus haut au col de la matrice, que sa surface antérieure. Sa longueur est ordinairement de cinq travers de doigt, de sorte qu'on peut facilement toucher son fond & le col de la matrice avec le doigt du milieu de la main. Quelques femmes l'ont cependant plus long. Il est souvent si étroit dans les vierges, qu'on ne sauroit y introduire le doigt, sans leur causer de la douleur. Son entrée est beaucoup plus étroite, que le reste de sa capacité, & la raison en est, qu'elle est entourée d'un plexus vasculaire, & embrassée par le constricteur de la vulve.

La surface interne du vagin est couverte de quantité de houppes nerveuses, qui la rendent extrêmement sensible, & d'un

grand nombre de rides transversales, formées par la membrane interne ou nerveuse de cette partie. Ces rides sont très-remarquables dans les jeunes filles, aussi-bien que chez les femmes, qui n'ont point eu d'enfans: elles diminuent & même s'effacent chez celles, qui en ont fait plusieurs. Elles sont plus remarquables par devant que par derrière; elles se rencontrent de deux côtés, & forment une ligne ou espèce de couture. *Voyez la Pl. 2. fig. 5. E E.*

Le vagin a trois tuniques. La 1.^e, ou celles qui forment les rugosités, est nerveuse, spongieuse, vasculaire & parsemée de petites glandes, qui préparent l'humeur muqueuse, dont l'intérieur de ce canal est toujours enduit, sur-tout du tems de l'Accouchement, pour faciliter le passage à l'enfant. La seconde tunique, ou la musculuse, est composée de fibres longitudinales & circulaires: ce sont celles qui resserrent le vagin après la sortie de l'enfant. Cette tunique est couverte d'une troisième, qui dérive du péritoine, & est commune à la vessie urinaire, à la matrice & au rectum.

Le vagin sert à l'intromission du tems de la copulation & de passage à l'enfant: il souffre dans ce dernier cas, une dilatation proportionné à sa tête. Ce sont ses rides & son tissu, généralement pris, qui contribuent à cette dilatation, & il seroit sans cela exposé à être déchiré pendant le travail.

S E C T I O N I I.

De la matrice.

La matrice est un viscère charnu, membraneux & vasculaire, situé dans la région supérieure de la cavité du petit bassin, entre l'intestin rectum & la vessie urinaire, avec laquelle il a des connexions, & qui renferme le fœtus durant la grossesse. *Voyez la Pl. 2. fig. 6.*

Sa figure est assez semblable à celle d'une petite calebasse aplatie, dont la pointe tombe dans le vagin, auquel elle est attachée par un tissu cellulaire très-fort.

On divise la matrice en quatre parties, savoir : son fond, qui est la partie supérieure ; son corps, qui est la moyenne ; son col ou cette partie qui est entourée du fond du vagin ; & son orifice ou sa partie inférieure, qui forme une espèce de museau de tanche, ou fente transversale. On y remarque aussi deux faces légèrement arrondies, dont l'une est antérieure & l'autre postérieure, & deux bords, qui regardent le côté du bassin.

Le col de la matrice est d'une figure conique, qui se termine par une fente transversale, qu'on nomme orifice de la matrice : cet orifice a deux lèvres, dont l'une est antérieure & l'autre postérieure. La première est la plus longue dans l'état naturel, & ressemble assez bien au museau d'un petit chien.

La matrice, ainsi qu'on le voit *Pl. 2. fig. 3. & 4.* est d'une substance spongieuse, nerveuse & vasculaire. Sa grandeur n'est pas toujours la même, & elle diffère suivant l'âge & la structure des femmes & des filles. Dans les filles faites, sa longueur ordinaire *A F*, est de 2 pouces & demi ou environ, sa largeur *BB*, un pouce & demi jusqu'à deux ; elle est plus petite dans son col *D D*. La matrice est plus grande chez les femmes qui ont enfanté, que chez les filles qui ne sont pas encore nubiles. Elle est pareillement petite chez les vieilles femmes, & celles qui ont observé une continence exacte, chez lesquelles elle est rétrécie, & comme flétrie. Elle est au contraire plus grande, plus épaisse & moins sensible, chez celles qui ont les règles trop abondantes, ou un commerce trop familier avec les hommes.

La matrice est creuse, & la forme de sa cavité suit sa figure

extérieure. Voyez fig. 4. G H I I, qui est triangulaire. La pointe du triangle est tournée vers le bas, & terminée par une cavité, qui passe par le col H de cet organe, & s'ouvre dans le vagin F. Cette ouverture n'est pas plus grande, que pour à peine admettre un stilet. Les angles supérieurs qui sont placés à droite & à gauche sur le corps de ce viscère, sont pareillement terminés par deux ouvertures, mais si petites, qu'on peut à peine y introduire une soie de cochon. Ces orifices s'ouvrent près des trompes de fallope. B B M M.

La cavité de la matrice est tapissée d'une membrane très-mince & poreuse, couverte d'une espèce de duvet très-fin, formé par de petits tuyaux creux, aussi déliés, que de petits cheveux. On les découvre aisément en soufflant dans une branche d'artère ou de veine de la matrice. On trouve du sang dans ces petits tuyaux chez les femmes mortes pendant leur évacuation périodique. Cette membrane est unie au fond de la matrice, mais très-ridée à son col. On trouve dans ces rides quantité de petites glandes ou follicules, qui fournissent une humeur muqueuse ou glaireuse, qui bouche l'orifice interne de la matrice durant la grossesse.

La cavité de la matrice distinguée de celle du col, contient à peine une fève de marais.

Lorsque la matrice est double ou séparée en deux cavités, elle a deux corps, mais seulement deux trompes de fallope, deux ovaires & deux ligamens, dont deux larges & deux ronds. Dans ce cas-ci, les deux corps sont réunis ensemble perpendiculairement dans toute leur étendue; ils se réunissent aussi quelquefois à leurs cols, & parfois représentent la matrice d'une brebis.

Il y a dans le premier cas deux vagins très-distingués l'un de l'autre, mais chacun a son orifice particulier, & embrasse le col de la matrice qui lui est propre.

Dans les deux autres cas, au contraire, la cloison qui la sépare en deux cavités, ne continue ordinairement, que jusqu'au milieu du vagin ou environ.

SECTION III.

Des ligamens de la matrice.

La matrice est retenue en place de chaque côté par deux ligamens, dont deux sont ronds & les autres larges. *Voyez la fig. 6. LL MM de la même planche.*

Les ligamens larges LL, ressemblent assez bien aux ailes d'une chauve-fouris. Ils sont une expansion du péritoine, laquelle forme deux larges duplicatures, entre lesquelles sont contenues les portions internes des ligamens ronds. C'est dans le tissu cellulaire qui unit les deux lames de ces ligamens, que serpentent quantité de vaisseaux sanguins, qui vont à la matrice & que se forment la plupart des engorgemens & des dépôts laiteux. Ces ligamens sont situés de chaque côté de la matrice, & à la partie supérieure du vagin, d'où ils vont se rendre dans les régions iliaques. Les adhérences de la matrice avec les parties voisines, suffisent pour la contenir; c'est donc une erreur de croire, que ces ligamens la fixent, ils servent seulement à soutenir les ovaires & les trompes de fallope.

Les ligamens ronds MM sont deux cordons longs & minces, qui partent des parties latérales du corps de la matrice, près des angles supérieurs au-devant & un peu au-dessous de l'endroit où commencent les trompes. Ils se recourbent ensuite

vers les os pubis , pour fortir par les anneaux des muscles obliques externes & vont se perdre , en se divisant en plusieurs branches en forme de pattes d'oies , près & un peu plus bas que le clitoris dans les grandes lèvres & dans les parties voisines. M. WINSLOW les nomme cordons vasculaux , parce qu'ils sont formés par un entassement considérable de vaisseaux sanguins.

SECTION IV.

Des trompes de fallope.

Les trompes de fallope II sont deux conduits coniques , qui naissent des parties latérales & supérieures de la matrice. Il y en a un de chaque côté , mais leurs orifices sont si étroits , qu'on peut à peine y introduire une soie de cochon. La longueur des trompes varie selon l'âge ; mais elle est ordinairement de trois pouces.

Les trompes sont composées de plusieurs membranes. L'interne est lisse , polie & une expansion de celle de la matrice , *Voyez fig. 4. B G B.* Leurs extrémités sont découpées & frangées. La seconde est musculaire & composée de fibres , dont les unes sont longitudinales & les autres spirales ou obliques. La troisième ou l'externe , lui est commune avec tous les autres viscères , & est une expansion de la duplicature du péritoine , qui forme les ligamens larges. Leur tissu est spongieux , & rempli de quantité de vaisseaux sanguins qui le font enfler dans le tems de l'accouplement.

La cavité des trompes n'est pas la même par-tout. Elle est très-étroite du côté de la matrice , comme nous avons dit plus haut , & elle s'élargit insensiblement au point de former deux conduits , dont l'extrémité est faite comme le pavillon d'une

trompette , ce qui leur a fait donner le nom de trompes. Elles sont terminées par des franges ou dentellures plus ou moins nombreuses K K , qui se recourbant , embrassent l'œuf fécondé , & l'empêchent de rester dans l'abdomen. Ces trompes forment un conduit de communication entre les ovaires & la matrice.

SECTION V.

Des ovaires.

Les ovaires H H sont deux corps blanchâtres & aplatis , dont la figure est en quelque sorte ovalaire , placés aux environs des parties latérales du fond de la matrice dans les ligamens larges. Ils sont pour l'ordinaire à peu près de la grosseur d'un petit œuf de pigeon , mais cependant plus gros dans l'âge florissant , que dans la vieillesse. Ils sont revêtus de deux membranes , dont l'externe est une expansion du péritoine , & l'interne leur est propre. Ces membranes sont ridées chez les femmes âgées qui ont enfanté , & au contraire lisses & polies chez les jeunes filles.

Les ovaires sont composés de deux substances différentes. L'une est une espèce de tissu spongieux , & l'autre un amas de plusieurs petites vésicules rondes & transparentes , qu'on regarde comme autant d'œufs , enfermé dans le tissu spongieux. On ne doit confondre ces vésicules avec celles qui sont causées par des maladies , & qu'on trouve souvent dans le même endroit. Ces dernières sont des hydatides , qui occasionnent quelquefois l'ascite. Les ovaires se durcissent au feu , comme le blanc d'œuf des oiseaux , & ont la même couleur & la même saveur , ce qui n'arrive pas aux hydatides.

Les œufs diffèrent de volume , même dans le même ovaire.

Les plus gros n'excèdent pas la grosseur d'un pois. Leur nombre est indéterminé : on en compte quelquefois jusqu'à vingt dans le même ovaire. Chacun de ces œufs est enfermé dans une cellule particulière , à laquelle se termine un grand nombre de branches des artères & des veines.

Les ovaires sont placés dans les replis postérieurs des ligamens larges, comme suspendus aux ligamens larges, & attachés par les mêmes bandes au corps de la matrice.

Les vaisseaux qui se distribuent à la matrice & aux autres parties qui ont du rapport à la génération , sont les spermatiques, les hypogastriques & les hémorroïdaux.

Les veines sont pareillement des branches de ces mêmes vaisseaux.

Les nerfs lombaires, les nerfs sacrés & quelques branches des sympathiques, donnent la sensibilité à la matrice, & aux autres parties voisines.

C H A P I T R E I I I .

Du flux menstruel.

LE flux menstruel, auquel on donne communément le nom de regle, est une évacuation du sang par les parties naturelles du sexe, qui se renouvelle dans un certain période de 20 à 20, de 25 à 25, de 30 à 30 jours, plus ou moins. Cette évacuation ne sert pas, comme les Anciens l'ont cru, à purifier le sang, mais à évacuer le superflu, qui est destiné chez les femmes au développement du fœtus pendant la grossesse, & à la sécrétion du lait après l'Accouchement, & delà vient que toutes les femmes y sont sujettes depuis l'âge de 14, 15, 16 ou 17 ans.

L'âge dans le quel les regles paroissent , se nomme âge de puberté, & cette évacuation cesse entre la 45^e & la 50^e année, plutôt ou plus tard. Le sang coule communément pendant 3, 5, 6, 7 à 8 jours , & il y a des femmes chez lesquelles il s'arrête au bout de deux.

Le sang menstruel est naturellement rouge, & n'a pas cette mauvaise qualité, que quelques physiologistes lui attribuent. Il ressemble à tout autre sang veineux, & devient sur la fin de l'évacuation, en partie ou totalement séreux. Il découle goutte à goutte, & la quantité que les femmes en perdent chaque mois, n'est pas la même dans toutes. On l'estime en général de 3, 4 & même 6 onces. Il vient des vaisseaux de la matrice, sans qu'ils souffrent aucune lacération, uniquement par filtration du duvet de la membrane, qui tapisse intérieurement sa cavité.

Le flux menstruel fait une impression singulière sur le corps des femmes. Vers l'approche de cette évacuation, leurs mamelles & leurs mains s'enflent, elles sentent une chaleur dans ces dernières, des douleurs dans le bas-ventre dans les reins & dans les extrémités inférieures; des émotions d'entrailles & d'autres accidens pareils, qui ne sont pas égaux dans tous les individus. Il y a des femmes dont la bouche & l'haleine rendent une odeur désagréable, qui se communique même à la salive, ce qui a donné lieu à l'ancien préjugé, que la femme se débarrasse par-là des humeurs impures, qui se sont accumulées dans son corps. C'est aussi pour la même raison, que les Flamands donnent à cette évacuation périodique le nom de purification, *zuivering*. Si cela étoit, les femmes enceintes seroient sujettes aux mêmes accidens, ce qui n'est pas, d'où l'on doit conclure, que ce sang est uniquement destiné à la nourriture du fœtus.

Cette évacuation est quelquefois supprimée par un froid subit, un saisissement ou telle autre affection de l'ame.

Les femmes ont coutume de cacher cette évacuation par modestie avec des alêses & d'autres moyens, qui contribuent à l'entretien de la propreté; mais cela peut ralentir & même causer la suppression de leurs regles. Elles feroient beaucoup mieux, étant sujettes à ce dernier inconvénient, de garder le lit pendant deux ou trois jours, & de desserrer leurs habits, afin que la chaleur les provoque.

Les remèdes pour la suppression des règles appartiennent à la médecine; mais le plus efficace est le repos du corps, & de se tenir dans le lit, dans une chaleur modérée. Les pediluves ne valent rien, sur-tout en hyver, à moins qu'on ne se couche tout de suite dans un lit bien chaud.

Parmi les femmes qui sont réglées pendant leur grossesse, les unes ne le sont qu'une fois, les autres pendant les trois ou quatre premiers mois, & rarement plus tard. Je traiterai cet article plus amplement dans la suite.

Les femmes, dont les parties naturelles ne sont point disposées à cette évacuation, en éprouvent d'autre, & rendent du sang par les points lacrymaux, par le nez, par les oreilles, par les mamelles, par le fondement, &c.



C H A P I T R E X V.

De la conception, de la grossesse, des signes de la grossesse & de la stérilité.

SECTION I.

De la conception.

LEs particularités de la conception sont très-difficiles à pénétrer. Cette matière est obscure, & les sentimens sont partagés là-dessus; il est vrai qu'elle est de peu d'utilité à la Sage-femme, mais elle doit au moins s'en former une idée, pour connoître en quoi, en quelle manière, & dans quel cas la nature s'égare dans ses opérations; par exemple, la fécondation dans les trompes de fallope, les ovaires, &c.

Le système le plus généralement adopté sur la conception est, que lorsque pendant la copulation, un œuf, qui a acquis sa maturité, est arraché de l'ovaire par les franges charnues des trompes, & qu'il descend dans la matrice, au moyen du mouvement vermiculaire de ces conduits membraneux, & qu'en même tems il est arrosé par la semence de l'homme, il se forme une grossesse vraie.

L'œuf descendu dans la cavité de la matrice, est comme vivifié par la semence, & voilà la véritable conception d'un embryon accomplie.

L'orifice & le col de la matrice se resserrent après la conception, au moyen de leurs rides & fibres circulaires; le mucus distillé par les petites glandes qui se trouvent dans les re-

plis du col de la matrice, réunit & ferme son orifice, ce qui augmente le resserrement.

L'œuf n'a pas plutôt été fécondé, qu'il se fait dans la matrice deux changemens remarquables. D'un côté la matrice qui reste contractée, exprime des vaisseaux lymphatiques dans sa cavité le suc qu'ils contiennent, qui n'est alors qu'une lymphe laiteuse ou espèce de petit lait, dans le quel l'embryon nage les premiers jours de la conception; & de l'autre côté, les extrémités des vaisseaux, qui percent les parois internes de la matrice, se trouvent fortement étranglées par la contraction de ce même viscère, ne peuvent épancher aucun sang; ainsi de ce moment les regles sont supprimées, ce qui est absolument nécessaire pour la conservation de l'embryon, à qui le sang menstruel auroit nui, & qui l'auroit peut-être même entraîné, dans le commencement de la grossesse.

Cette lymphe laiteuse, exprimée dans la cavité de la matrice est pompée par les pores absorbans de l'œuf, qu'elle développe de manière, qu'il se remplit de plus en plus & grossit dans la suite. Elle sert en même tems de suc nourricier à l'embryon, jusqu'à ce que le cordon ombilical soit développé.

L'œuf fécondé ayant acquis assez de grosseur pour remplir la cavité de la matrice, s'attache par sa surface externe à la face interne de ce viscère, de même qu'une feuille de papier, enduite de salive, s'attache à la main sur laquelle on l'applique; d'où résulte une communication entre le tissu vasculaire de la matrice, & l'œuf qu'elle renferme.

C'est selon le centre de gravité avec lequel l'œuf descend dans la matrice, que son pédicule s'attache au paroi du fond de ce viscère, & c'est aussi à cette partie, que le placenta prend son origine.

C'est

C'est à la surface du placenta qui répond à l'embryon, & du tissu vasculaire, que le cordon ombilical prend son origine. Ce dernier est composé de deux artères, & d'une veine, de sorte que le sang passe des sinus utérins, dans les cellules du placenta, & delà par la veine ombilicale au fœtus, qui par ce moyen tire la nourriture dont il a besoin pour croître, par le cordon ombilical.

Le sang superflu que le fœtus ne consomme pas, se décharge par les deux artères ombilicales dans le placenta & delà, dans la matrice; & c'est ainsi que le fœtus se développe, s'accroît & acquiert sa grandeur requise, jusqu'au moment de sa naissance.

Ce système sur la génération paroît être généralement reçu; mais j'avouerai cependant que ce mystère de la nature est accompagné de grandes difficultés, qui ne sont pas encore éclaircies, malgré toutes les peines qu'on s'est données, pour parvenir au but, qu'on se propose.

On n'a pas non plus une connoissance plus certaine pendant les deux premiers jours, & même plus tard, qu'une femme ait conçu dans la copulation, parceque les signes diagnostics sont très-équivoques.

Il est impossible que les femmes qui conçoivent pour la première fois, puissent donner des signes certains de l'instant de la conception. Celles cependant qui ont eu plusieurs enfans, éprouvent quelquefois pendant la copulation, certains symptômes, par lesquels elles jugent qu'elles ont conçu.

Quelques-unes éprouvent dans le plus fort de l'action, une certaine foiblesse, qu'elles n'avoient pas eue dans les copulations précédentes, & prédisent la date de leur Accouche-

ment. Les autres éprouvent un trémoussement presque universel, qui ressemble à un frisson, quoi qu'il n'y ait point de fièvre, ni de froid. D'autres, enfin, ont un mouvement convulsif ou une certaine chaleur dans le bas-ventre. Quelques-unes ont le lendemain ou le surlendemain de la conception, le ventre extrêmement sensible. La plupart nous disent, qu'elles ont éprouvé le lendemain une certaine débilité, accompagnée d'anxiété.

Tous ces signes sont cependant incertains, & plusieurs les ont, sans être enceintes: Combien y en a-t-il, qui n'ont aucun de ces symptômes, & qui conçoivent? Comme les femmes en général sont occupées d'un sentiment fort vif lors de la copulation, & que toutes ne sont pas également sensibles, il est impossible d'avoir des signes qui confirment la conception; il semble même que la nature nous les refuse dans un tems plus avancé, pour se garantir de la méchanceté de l'homme.

SECTION II.

De la grossesse.

L'état dans lequel se trouve la femme qui a conçu, s'exprime par le mot de grossesse. Cet état dure depuis le premier instant de la conception, jusqu'au moment de la sortie du corps qui en est résulté.

Il y a deux sortes de grossesse, l'une naturelle & l'autre contre-nature.

Dans la grossesse naturelle, le produit de la conception est continu dans la matrice: dans la grossesse non naturelle ou contre-nature, il reste dans l'ovaire, dans la trompe, ou il tombe dans le ventre.

On divise encore la grossesse, relativement à l'objet contenu dans la matrice, en vraie, en fausse & en mixte ou composée.

On dit que la grossesse est vraie, lorsque la matrice renferme un ou plusieurs enfans, soit morts, soit vivans.

Dans la fausse grossesse, la matrice contient une môle ou tel autre corps étranger, sans un vraie germe.

On dit que la grossesse est mixte ou composée, quand il y a, conjointement avec le vrai germe, une môle dans la matrice.

SECTION III.

Des signes de la grossesse.

Les signes de la grossesse varient beaucoup, & sont très-différens. Les uns indiquent si le fœtus est vivant ou mort, s'il est dans la matrice ou hors de ce viscère; les autres, si la femme est grosse d'un ou plusieurs enfans; & les autres enfin, si la matrice contient une môle seule ou accompagnée d'un enfant.

Je commencerai par décrire les signes de la vraie grossesse naturelle & simple, en supposant le germe vivant. Ces signes sont communs & propres.

Les signes communs & incertains, mais par lesquels on soupçonne la grossesse, sont: quand au commencement de la conception, le bas-ventre s'affaïsse ou s'applatit. Le mu-seau de tenche s'enfonce dans le vagin; l'orifice & le col de la matrice sont fermés; les regles sont supprimées; le corps glanduleux des mammelles devient mobile, se sépare du muscle pectoral & se laisse plus facilement

mouvoir. Lorsque la femme, en se levant le matin, a des nausées & des vomissemens, qui appaisent son mal de tête; il y a cependant des femmes, qui dans les premiers mois de leur grossesse, vomissent à toute heure du jour, & avec tant de violence, que leur visage s'enfle, & qu'il s'y forme des varices.. Ces nausées & ces vomissemens diminuent & cessent même avec le quatrième mois de la grossesse.

Lorsque la femme a des appétits bizarres, par exemple, du dégoût pour les alimens ordinaires, & du goût pour ceux auxquels elle n'est pas accoutumée. Lorsqu'elle devient triste, craintive, mélancolique, débile, assoupie, qu'elle pâlit ou rougit; qu'elle salive abondamment, qu'elle est tourmentée de maux de dents; qu'elle a des taches au visage; que ses paupières sont molasses & entourées d'un cercle livide; que ses yeux sont abattus & enfoncés; qu'elle ressent subitement des lassitudes dans les bras & les jambes, des tiraillemens dans les aînes, & des douleurs sourdes dans le bas-ventre.

Lorsque la femme a des acidités dans l'estomac, parceque ce viscère ne digère pas bien les alimens.

Il est fort rare de rencontrer tous ces signes ou symptomes ensemble chez les femmes enceintes, quelques-uns, & même la plupart, accompagnent la suppression des regles, & par conséquent il est très-difficile d'affirmer qu'une femme est enceinte pendant les trois premiers mois. C'est pourquoi lorsqu'on est consulté en pareil cas, il faut être extrêmement circonspect sur le jugement que l'on porte, sur-tout lorsqu'il s'agit de l'honneur d'une femme, & qu'il est question d'en condamner une à la mort. Combien de fois n'a-t-on par regardé des filles très-chastes comme enceintes, pris celles qui l'étoient, pour des hydropiques, & ces dernières pour des femmes enceintes? Il

n'est point des signes assurés, qui puissent satisfaire sur la certitude de la vraie grossesse, avant les cinq mois, ou le demi-terme; & c'est alors que ces signes ne peuvent plus laisser des doutes.

Pour connoître les vrais signes de la grossesse naturelle, il faut réfléchir sur les circonstances suivantes.

L'orifice de la matrice est dans l'état naturel, ou chez les femmes non enceintes, dur, pointu, & oblong; sa lèvre antérieure est plus longue que la postérieure, & il se maintient dans cet état aussi long-tems qu'il n'est point troublé par une maladie. On découvre par le toucher du tems de la vraie grossesse, que l'orifice de la matrice devient plus mou, plus court & arrondi; qu'il monte plus haut dans le bassin; que sa lèvre antérieure se retire, & que sa fente transversale acquiert une figure circulaire.

Après le troisième mois, le fond de la matrice étant plus volumineux, le ventre s'enfle au-dessus du pubis. Cet endroit étoit cependant plus plat au commencement de la grossesse, que dans l'état naturel.

A la fin du quatrième, & au commencement du cinquième mois, cette même tumeur déborde le détroit supérieur de plusieurs travers de doigt; les parties latérales se rétrécissent & la tumeur occupe le milieu. La femme commence à sentir le mouvement de l'enfant, lequel augmente de jour en jour considérablement. C'est alors que l'ombilic commence à saillir, & que les fesses grossissent. Le col de la matrice perd sa forme conique, & est plus souple qu'il ne l'étoit auparavant.

Au sixième mois, la tumeur s'élève jusqu'à l'ombilic; dan

le septième au-dessus du même ; le col de la matrice est tellement raccourci , qu'il devient presque inaccessible au tact ; & dans le huitième son fond avoisine la région épigastrique. C'est alors que la femme se trouve dans la nécessité de recourber son corps en arrière , pour avoir l'équilibre & n'être pas exposée à tomber , ne pouvant pas voir le sol sur lequel elle marche. *Voyez la Pl. 3. fig. 1.*

C'est à ce terme , que l'enfant se meut quelquefois si fort , qu'on peut voir ses mouvemens extérieurement. Les femmes en éprouvent souvent un sentiment douloureux. La respiration commence à être plus embarrassée , parceque le diaphragme est fortement poussé vers le haut. *Voyez la Pl. 4. O.* Les muscles du bas-ventre peuvent aussi fort peu coopérer à la respiration.

Plusieurs femmes s'apperçoivent que leurs mammelles grossissent , durcissent & leur causent quelque douleur. Leur aréole ou cercle s'agrandit , devient rouge aux blanches , & noir aux brunes. Les mammelons se retirent chez quelques-unes , s'allongent chez d'autres , & rendent une lymphe laiteuse. Il est cependant rare ; ou , pour mieux dire , sans exemple , qu'on rencontre tous ces phénomènes chez la même personne ; ordinairement ils sont diversément & inégalement partagés ; quelquefois la femme ne sent aucune de ces incommodités.

Dans ce dernier tems de la grossesse , le col de la matrice achève de se développer , il devient quelquefois si mince , qu'on distingue parfaitement avec le doigt la tête de l'enfant. Son bord ne conserve que peu d'épaisseur , excepté que dans quelques-unes il paroît en acquérir , ce qui vient alors de l'engorgement cedémateux qui s'y forme ; ce qui peut tromper une sage-femme peu versée dans la pratique , & lui faire croire que

l'Accouchement est encore fort éloigné. L'orifice de la matrice reste fermé dans la première grossesse, mais chez les femmes qui ont eu plusieurs enfans, il est souvent ouvert, & représente un cercle membraneux très-mince & très-souple. Voyez la Pl. VI. fig. 1. & 2.

La matrice descend dans le neuvième mois, & l'impression que ce changement fait sur la femme, fait soupçonner aux vulgaires, que l'enfant se retourne, ou fait une culbute, qui lui fait changer de position. J'en parlerai plus amplement en traitant cet article. C'est à cette époque, que la femme respire plus librement. C'est donc par ces signes, que nous venons de rapporter, qu'on peut avoir la plus grande certitude de la grossesse.

Le terme de la grossesse est ordinairement de dix mois après la conception, en comptant chaque mois de quatre semaines, & chaque semaine de sept jours, de manière que la grossesse est à terme au bout de quarante semaines, ou deux cents & quatre vingt jours. Plusieurs Auteurs prétendent qu'il n'y a point de naissance tardive, & que le terme de la grossesse paroît fixé chez la femme, excepté dans les grossesses contré-nature ou exutérines, dont je traiterai plus amplement ailleurs.

Plusieurs femmes desirent de savoir combien elles sont avancées dans leur grossesse, afin de pouvoir prendre des arrangements, pour n'être point surprises par l'Accouchement. Il est rare de pouvoir fixer cette époque à quelques jours près, parcequ'on ne peut pas compter du tems de la suppression de leurs regles.

Il est rare qu'une femme devienne enceinte immédiatement avant ou après son évacuation périodique; c'est pourquoi, il

faut s'en tenir au demi-terme, ce qui peut différer plus ou moins dans l'une & dans l'autre.

On peut conjecturer le demi-terme, lorsque la femme commence à sentir les mouvemens de l'enfant, dont l'effet n'est cependant pas toujours le même : il vaut donc mieux ne compter que du quatorzième jour après les regles.

La mère ou la femme enceinte, n'a pas une grande liaison avec l'enfant qu'elle porte. Les vaisseaux sanguins & les nerfs ne passent pas immédiatement de la mère à l'enfant; l'arrière-faix est aussi privé de sentiment, d'où il s'ensuit que la peur, les envies & les autres affections, ne peuvent influer sur ce dernier, ni par conséquent produire des monstres & des difformités dans quelques-unes de ses parties, ni encore moins des fouris, & autres choses semblables.

Tout ce qui peut arriver à une femme enceinte, à l'occasion des envies & des saisissemens qu'elle éprouve, est d'être moins saine, & par conséquent de mettre au monde un enfant foible & infirme.

On auroit tort, & même il y auroit de l'indécence à croire, que l'Etre suprême, qui veille à la conservation de ses créatures, au point de ne pas les laisser dégénérer, ait abandonné la conformation des enfans aux folles imaginations de leurs mères.

Je parlerai dans la suite des signes de la grossesse de deux ou d'un plus grand nombre d'enfans; de ceux qui annoncent un enfant mort; de ceux de la grossesse fausse & contre-nature, & enfin de la superfétation.

SEC-

SECTION IV.

De la stérilité.

Une femme mariée est censée être stérile, lorsqu'étant dans le tems convenable pour engendrer, savoir, depuis l'âge de 14 ans jusqu'à 50, qu'étant saine d'ailleurs & dans les mêmes circonstances que celles qui deviennent enceintes, elle ne le devient pas. Dans le cas où cela arrive, le desir qu'elle a d'avoir des enfans la rend triste, sombre & mélancolique, ce qui cause souvent la discorde dans le ménage.

Il est difficile de décider de qui la stérilité dépend, vu que les hommes peuvent aussi être stériles.

Ces accidens sont les plus épineux qui puissent nous arriver, & il est inutile de questionner les femmes là-dessus, car elles sont les premières qui nous font connoître leur mécontentement sur ce sujet. La constitution extérieure peut paroître bonne & saine, tandis que la cause est cachée intérieurement, telle, par exemple, qu'une aversion secrète.

Lorsqu'on nous consulte sur la stérilité des femmes, nous devons scrupuleusement examiner l'état des parties, tant internes qu'externes qui servent à la génération, autant que l'œil & le toucher peuvent y atteindre; au cas que nous ne découvririons point la cause de la stérilité, nous ne devons pas trop nous fier aux remèdes que quelques personnes crédules nous indiquent & attachent aux reins, à la partie honteuse, & même introduisent dans le vagin. Ces sortes de moyens sont risibles, inutiles & même honteux.

On compte parmi les causes principales de la stérilité des femmes, & auxquelles on peut remédier par des opérations

de Chirurgie, l'imperforation de l'hymen ou de telle autre membrane contre-nature, qui empêche l'évacuation du sang menstruel : ce qui cause plusieurs accidens, tels qu'une tumeur, une douleur, une inflammation, un ulcère & autres désordres dans toute la circonférence du vagin.

Un coup de lancette donné à tems, suffit pour remédier à cette incommodité ; mais on ne doit pratiquer cette ouverture, que lorsque la membrane est gonflée par les menstrues. Si on négligeoit cette précaution, on courroit risque de ne pas la faire dans l'endroit qu'il faut, & peut-être causer une cicatrice au vagin, qui, dans la suite, pourroit être nuisible à l'Accouchement.

Il peut arriver, que par une irritation ou violence, par exemple, un Accouchement laborieux, le vagin s'enflamme & s'ulcère à son orifice, & que par là cette ouverture soit totalement fermée ; ce qui cause la même incommodité que la précédente, & exige les mêmes remèdes ; mais avec cette différence, qu'il faut entretenir l'ouverture avec une canule d'étain ou de plomb, ou un morceau d'éponge préparé, & autres choses semblables, ce qui n'est pas nécessaire dans le premier cas.

Une tumeur squirrheuse, un cancer, une môle, un polype, des pierres dans la matrice, l'hydropisie de ce viscère, peuvent de même occasionner la stérilité, sans qu'on en connoisse la cause, à moins qu'on ne s'en assure par les signes qui ont précédé, & en introduisant le doigt dans le vagin.

Lorsque l'orifice de la matrice est bouché par une loupe ou telle autre tumeur semblable, cet obstacle suffit pour empêcher la conception, mais il peut être levé par la dextérité d'un Chirurgien.

Lorsque ce même orifice, au lieu d'être placé perpendiculairement dans le vagin, s'incline trop de l'un ou de l'autre côté, ce qui l'empêche de recevoir la semence; on peut quelquefois remédier à cet inconvénient, par le long & constant usage d'un pessaire convenable.

Une toux de longue durée, un vomissement, &c. ont souvent causé la stérilité, & elle a cessé dès l'instant qu'on a remédié à ces accidens.

La stérilité peut provenir des vices des parties internes, par exemple, de ce que les trompes de fallope sont fermées, vu qu'une femme ne peut concevoir, à moins qu'il n'y en ait une d'ouverte. Le même cas arrive, lorsque les franges sont trop flasques, trop longues, dures & squirrheuses, pour pouvoir recevoir l'œuf, &c. Il en est de même, lorsque les ovaires sont affectés de quelque maladie, par exemple, d'un squirrhe, d'un ulcère, ou d'une hydropisie. Ces vices ne sont point apparents pendant que le sujet est vivant, & tout ce qu'on peut dire dans ce cas, lorsqu'on est consulté, est, qu'ils peuvent la causer.

Les fleurs blanches n'apportent pas d'obstacle absolu à la conception, car plusieurs femmes les ont eues avant & pendant tout le tems de leur grossesse. La chute de la matrice ne sauroit non plus l'empêcher, sur-tout, lorsque les femmes sont pourvues d'un bon pessaire. Les hernies, quand même elles s'étendroient jusqu'aux grandes lèvres; ne sauroient pareillement porter obstacle à la fécondité.

J'ai cru devoir faire mention de tous ces accidens, afin qu'une Sage-femme puisse répondre aux questions qu'on lui fera, au cas qu'on la consulte avant de conclure un mariage.

CHAPITRE V.

Du fœtus & de ses dépendances dans la matrice.

SECTION I.

Des membranes du fœtus.

Les parties qui servent à la nourriture & à l'accroissement du fœtus, pendant qu'il est enfermé dans la matrice, sont les membranes, les eaux qu'elles contiennent, le placenta & le cordon ombilical. *Voyez la Pl. 5. fig. 2.*

Le fœtus est logé dans la cavité de la matrice, comme dans un œuf membraneux, entièrement rempli d'eau. Cet œuf occupe toute la cavité de ce viscère.

Cet œuf est composé de deux membranes, que quelques Anatomistes divisent en trois, ce qui ne fait rien à la chose; mais il est plus simple de les diviser en deux, savoir, le *chorion* & l'*amnios*.

Le *chorion* est la première membrane qui enveloppe le fœtus dans le corps de sa mère. Elle est épaisse, velue, spongieuse & parsemée d'un grand nombre de vaisseaux capillaires qui s'attachent fortement au paroi interne de la matrice, & enveloppe extérieurement le placenta, en pénétrant toute sa substance, formant tout au tour comme une bande, qui s'attache fortement à la surface interne de la matrice. On peut aussi séparer cette membrane en deux parties, dont l'une couvre en partie la face supérieure du placenta *f g*, en commençant à son bord, & l'autre l'inférieure, de sorte que le placenta paroît être enfermé dans le chorion. Il est beaucoup

plus épais que l'amnios, & y est attaché par un tissu cellulaire fort lache.

L'interne ou la seconde membrane est l'*amnios* a b, qui prend son origine à la partie inférieure du cordon ombilical, près du placenta, passe sur la surface interne de celui-ci & du chorion, auquel elle est légèrement attachée. Cette membrane est plus mince & plus transparente que le chorion, & de plus fort souple, polie & d'une couleur argentine.

Les eaux qui sont apportées par le chorion, se filtrent par l'amnios, & tombent ainsi dans sa cavité. Quand cette liqueur ne pénètre pas l'amnios, elle s'arrête entre ces deux membranes, & empêche leur cohésion. C'est cette même liqueur à laquelle on donne le nom de fausses eaux, parcequ'elles s'écoulent sans que l'Accouchement suive, puisque l'amnios reste entier. L'écoulement de ces fausses eaux ne peut nuire, ni à la mère, ni à l'enfant, il leur est au contraire quelquefois salutaire & avantageux.

Ces membranes, quoique fortement collées ensemble, peuvent facilement être séparées; car lorsque du tems de l'Accouchement l'écoulement des eaux n'est pas abondant, une partie de l'amnios reste quelquefois attachée à la tête de l'enfant; ce que quelques personnes superstitieuses regardent comme un signe heureux, disant, cet enfant est né coëffé, & fera heureux.

Voici à quoi servent les membranes dont je viens de parler. Elles renferment les eaux dans lesquelles nage le fœtus, & empêchent qu'elles ne s'écoulent par l'orifice de la matrice, ou celui des trompes. Elles attachent le placenta au fond de la matrice; elles couvrent le cordon ombilical, & soutiennent pendant l'Accouchement la colonne des eaux qui sont pressées.

à travers de l'orifice de la matrice, pour dilater cette dernière partie, & faciliter le passage à l'enfant.

SECTION I.

Des eaux de l'amnios.

La cavité ovulaire que forment les deux membranes, contient une eau blanchâtre, gluante & transparente, dont la couleur & la consistance approchent de celle du petit lait. Sa quantité varie selon les termes de la grossesse & la constitution de la femme enceinte. Elle est communément d'une pinte vers la fin, tantôt plus, tantôt moins. Cette liqueur est plus épaisse & plus gluante dans les premiers mois, que dans les derniers de la grossesse.

Les eaux sont apportées & versées dans la cavité formée par les membranes, & en partie pompées de nouveau par une quantité de vaisseaux lymphatiques, excrétoires & absorbans, qui se dispersent dans les membranes, & semblent avoir leur source dans de plus grandes branches, qui percent le chorion, & viennent de leurs vaisseaux sanguins.

Les eaux de l'amnios diminuent les impressions trop violentes des corps extérieurs sur l'enfant & lui procurent un espace suffisant pour se remuer, sur-tout dans les premiers mois de la grossesse. Elles garantissent encore la matrice des impressions douloureuses de l'enfant; elles soutiennent le placenta; elles augmentent la poche formée par les membranes du tems de l'Accouchement, & après que ces dernières sont rompues, elles humectent le passage de l'enfant, &c.

Plusieurs Auteurs prétendent, que ces eaux servent de nutrition au fœtus du tems de la grossesse; mais ce qui prouve le contraire est, qu'on a trouvé des enfans monstrueux & à plein

terme, qui avoient les ouvertures qui vont à l'estomac, entièrement fermées.

SECTION III.

De l'arrière-faix ou placenta.

On donne à ce corps le nom d'arrière-faix parcequ'il suit immédiatement l'enfant dans l'Accouchement naturel, & celui de placenta, parcequ'il a la forme d'un gateau. C'est un corps mollet, spongieux, rond & plat, qui au terme de l'Accouchement a huit à neuf pouces de diamètre, & un pouce d'épaisseur dans son centre, & va en diminuant insensiblement vers ses bords.

On divise le placenta en son corps ou centre, qui est la partie la plus épaisse, & en son bord, ou circonférence. On le divise aussi en deux faces, dont l'une est extérieure & l'autre intérieure. La première est fort inégale & lobuleuse. Il est attaché par un tissu cellulaire du chorion au fond de la matrice. La surface interne est lisse & polie, & couverte de deux membranes de l'œuf. On distingue parfaitement sous cette dernière, les grandes branches des vaisseaux, & l'origine du cordon ombilical.

Le placenta occupe pour l'ordinaire & dans les circonstances naturelles, le fond de la cavité de la matrice; mais il peut aussi dans un état contre-nature, s'attacher à toutes les régions ou parois de la circonférence de ce même viscère.

Il s'attache par un tissu cellulaire très-fort, dont une partie occupe la surface extérieure de la matrice, & l'autre le bord de cette partie. En outre, le placenta est soutenu en partie dans la cavité de la matrice, par les eaux de l'amnios, ainsi qu'il est aisé de s'en convaincre quand on considère que l'embryon,

dans les premiers mois de la grossesse, quoique plus pesant que le placenta, nage dans ces eaux.

Le placenta est composé en partie d'un tissu cellulaire & en partie de vaisseaux sanguins. Il reçoit ces derniers de la matrice & du fœtus; mais de telle sorte, qu'ils ne s'anastomosent point, & que chacun absorbe le sang hors de ces cellules.

La Surface extérieure du placenta, qui occupe le fond de la matrice, est divisée par plusieurs petits lobes ronds & spongieux, de même que les anfractuosités du cerveau. On peut même, en introduisant la main dans la matrice, reconnoître par ses inégalités la surface qu'on touche; car l'interne, qui est tapissée de ces deux membranes, est tout-à-fait lisse & polie.

Le placenta sert à entretenir la circulation du sang entre la mère & l'enfant. Sa structure est telle, qu'il peut empêcher l'affluence trop abondante de ce fluide, qui vient de la mère à l'enfant, de sorte que les vaisseaux des ces deux individus n'ont aucune communication, ainsi qu'on peut s'en convaincre, en y injectant des liqueurs différemment colorées.

Le placenta sert enfin à préparer le sang pour l'enfant, & à procurer à la matrice une position & dilatation convenable.

SECTION IV.

Du cordon ombilical.

Le cordon ombilical PP, est un assemblage de vaisseaux, dont l'entortillement forme une espèce de corde, ce qui lui a fait donner le nom de cordon. Il prend son origine dans le nombril du fœtus, & se termine au placenta. Sa longueur la plus ordinaire, est d'environ deux pieds, & son épaisseur d'un travers de doigt.

Le cor-

Le Cordon est composé de deux artères & d'une veine, qui sont liées ensemble par dedans par un tissu cellulaire, & par dehors par une forte membrane.

Le Cordon est enveloppé par une expansion du chorion, qui vient de l'arrière-faix. La membrane de l'amnios couvre uniquement l'origine du cordon. Tous ces vaisseaux sont liés ensemble par une membrane cellulaire, qui est remplie d'une humeur épaisse & gluante. C'est de cette substance glutineuse, que dépendent la force & l'épaisseur du cordon ombilical. Les cordons minces sont ordinairement plus ténaces & plus forts que les épais, qui cassent plus aisément; mais l'avantage qu'ont ces derniers, est, que les fortes pressions qu'ils essuient de la part de l'enfant, n'interrompent point si facilement la circulation du sang; car lorsque cette interruption est complète, l'enfant meurt, ainsi qu'on le verra dans la suite.

Le cordon est couvert environ de la largeur d'un pouce de la peau du bas-ventre de l'enfant. C'est aussi dans cet endroit que la nature forme, après la séparation du cordon, le nombril O. Il arrive quelquefois, que le cordon est couvert dans cette place de cette même peau à la hauteur de deux pouces, & lorsque par mal-adresse on fait la ligature dessus, au lieu de la faire sur le cordon, on cause de la douleur, une inflammation & même une hernie.

La veine ombilicale, p q, tire son origine du placenta par un million de petits vaisseaux, qui, en augmentant peu à peu, forment enfin son tronc. Ce dernier suit le cordon ombilical d'un bout à l'autre, se rend ensuite par le nombril dans le bas-ventre du fœtus, & s'anastomose avec le tronc gauche de la veine-porte, où il se décharge.

C'est par l'entremise de cette veine, que le fœtus reçoit du placenta, le sang, la nourriture nécessaire à sa vie; mais il est bon d'observer, que le superflu du sang retourne du corps de fœtus dans le placenta, par le cordon ombilical, de la manière suivante.

Savoir, par les deux artères ombilicales *r s t u*, qui sont des branches des iliaques internes de l'enfant, & se rendent par le cordon ombilical dans le placenta, où elles se divisent, de même que la veine ombilicale, en un million de petits vaisseaux; au moyen de quoi, le sang passe sans interruption de la mère dans le fœtus, & de celui-ci dans la mère.

Les vaisseaux ombilicaux prennent différentes routes; tantôt les artères serpentent autour de la veine; tantôt celle-ci autour des artères. La veine est ordinairement couverte des nœuds, que les Sages-femmes ignorantes & crédules ont soin de compter, sous prétexte de deviner par leur nombre, celui des enfans qu'une femme aura dans la suite.

Le cordon ombilical n'est pas toujours placé au milieu du placenta, il se trouve quelquefois sur son bord, ce qui rend son extraction plus difficile, ainsi qu'on le verra dans la suite.

L'usage du cordon ombilical est d'entretenir la circulation du sang entre le fœtus & le placenta.

C H A P I T R E V I.

De la position du fœtus dans la matrice.

LA position du fœtus dans la matrice, est, selon l'opinion commune, incertaine dans les premiers mois de la grossesse; mais lorsque cette dernière est plus avancée, la plupart

des Auteurs prétendent, qu'il est assis, le visage tourné du côté du ventre de la mère, le dos de celui des lombes, la tête & le col penchés, les joues appuyées sur ses mains, & sur ses genoux. Il a aussi les jambes croisées, les talons contre les fesses; ils ajoutent, qu'au bout de quelques jours ou de quelques semaines avant l'Accouchement, il fait ce que nous appelons la *culbute*, & l'on dit alors, que l'enfant se retourne, en précipitant sa tête en bas vers l'orifice de la matrice, les fesses tournées en haut, de manière que son visage regarde l'os sacrum de la mère, ce qui rend l'Accouchement naturel.

Le célèbre CAMPER & tous les Auteurs modernes avec lui, prétendent que dans les grossesses naturelles & les plus ordinaires, l'enfant depuis le moment qu'il est conçu, jusqu'à celui qu'il vient au monde, a la tête placée vers le bas ou l'orifice de la matrice, & j'ai trouvé, que cela étoit ainsi, tant dans mon épouse, que dans la plupart des femmes que j'ai eu occasion de visiter pendant leur grossesse. Lorsqu'on veut s'assurer de cette position par le toucher, il faut y revenir dans différens tems & à différentes reprises; car il arrive quelquefois entre le septième & le huitième mois de la grossesse, que la tête de l'enfant remonte pendant deux ou trois jours si haut, qu'on ne peut y arriver ou atteindre dans ce moment.

Il s'ensuit clairement delà, que l'opinion dans laquelle on est communément, que les enfans qui doivent naître naturellement, font la *culbute* ou se retournent quelques jours, ou quelques semaines avant l'Accouchement, est mal fondée & absurde. Il est cependant vrai, que dans ces sortes de cas les enfans se présentent par toutes les autres parties de leur corps aussi-bien que par la tête, par exemple, les fesses & les pieds premiers; mais cet accident est contre-nature & extrêmement rare.

La fig. 2. de la Pl. 5. est une esquisse de celle qu'a donnée le célèbre ALBINUS, dans laquelle l'enfant est représenté la tête tournée vers le bas. J'ai choisi cette figure préférablement à toute autre, afin qu'en tournant la Planche de haut en bas, on puisse voir la position de l'enfant dans la matrice, selon l'opinion des anciens.

On remarquera encore, que la surface du corps de l'enfant, & sur-tout son dos, sont couverts d'une matière blanche & gluante, d'une consistance plus épaisse que la pommade. Quelques-uns prétendent, mais à tort, que cette matière est la semence de l'homme, qui s'est attachée au corps de l'enfant durant la grossesse. D'autres, que c'est une matière caséuse, qui se détache de l'amnios, ce qui est également faux. Elle n'est autre chose qu'une matière, qui sort des glandes cutanées du fœtus, mais qui est trop grasse, pour pouvoir se mêler avec l'eau que renferme l'amnios. Elle facilite la sortie du fœtus, & fait que son corps glisse plus aisément.

C H A P I T R E V I I.

Description de la matrice d'une femme enceinte.

LA matrice d'une femme enceinte diffère entièrement par sa forme, sa situation, son épaisseur, sa grosseur & sur-tout par son orifice, de celle d'une femme qui ne l'est point.

Lorsqu'on examine ce viscère dans le dernier mois de la grossesse, on remarque qu'il a une figure ovale comme une vessie tout-à-fait remplie. Il s'étend depuis le détroit supérieur du bassin, qui soutient sa partie inférieure, jusqu'au-dessus du nombril, presque jusqu'à la fossette de l'estomac. *Voyez la Pl. 4.*

On divise la matrice, dont je parle, en trois parties, savoir,

son fond, qui est la partie la plus haute; son corps, qui est celle du milieu; & son col, qui est la plus basse.

Sa plus grande épaisseur est dans le fond, sur-tout lorsque l'arrière-faix y est attaché.

Le fond de la matrice d'une femme enceinte ne correspond point directement ou en ligne droite avec le milieu du vagin, il forme avec ce dernier un angle aigu, de sorte que son axe court de devant en arrière, & delà en avant. Son fond penche en avant, & on le sent extérieurement dans la région ombilicale; & son orifice suit l'axe du détroit supérieur du bassin, & est par conséquent situé vers la cavité de l'os sacrum. Plus ce viscère s'enfle ou se distend, plus son fond penche en avant, & son orifice se retire en arrière, de sorte qu'à la fin de la grossesse on ne peut presque plus atteindre à son col avec le doigt. *Voyez Pl. 3. 4. & 5.*

Au moyen de ce que je viens de dire, l'orifice de la matrice qui est retiré dans la cavité de l'os sacrum, trouve plus d'appui, qu'il n'en avoit au-paravant.

A mesure que le tems de l'Accouchement approche, la matrice rentre plus avant dans le bassin, & le vagin se raccourcit, ce qui est cause, que cette dernière partie s'élargit plus aisément.

La matrice est retenue en haut par le péritoine, qui couvre entièrement sa face supérieure; sa partie inférieure est appuyée sur le bord supérieur du petit bassin. Elle est soutenue par devant & de deux côtés, par les ailes des os des îles & les muscles du bas-ventre; & par derrière, par les vertèbres des lombes. *Voyez la Pl. 4.* La matrice peut par ce moyen se mouvoir

en avant, en arrière & de côté. Les ligamens larges ne la contiennent point du tout en place, mais il peut se faire que les ligamens ronds lui soient de quelque utilité, lorsqu'elle monte & se distend dans la grossesse.

La substance de la matrice ne devient pas plus mince pendant la grossesse, mais elle est plus flasque & plus spongieuse, & ses vaisseaux sanguins se gonflent & augmentent considérablement.

Son col disparoît à la fin de la grossesse, & son orifice, comme j'ai dit ci-dessus, est pour l'ordinaire tellement fermé chez les femmes qui sont enceintes pour la première fois, qu'on a beaucoup de peine à le découvrir. Il n'en est pas de même de celles qui ont eu plusieurs enfans, il s'ouvre quelquefois dès le septième mois, & reste dans cet état jusqu'au tems que la femme accouche, même avec affaîssement des membranes. Qu'on ne se trompe par ces phénomènes, & qu'on ne s' imagine pas, que l'Accouchement commence. On juge qu'il a lieu, lorsqu'il sort quantité de glaires du vagin, que les douleurs suivent & dilatent l'orifice de la matrice de plus en plus, & que les membranes se tendent pendant qu'elles durent, au lieu que dans l'état contraire, l'orifice de la matrice se présente plus épaisse sous la forme d'un anneau charnu.

Ces changemens qu'éprouve la matrice d'une femme enceinte, se font très-lentement; elle est dans les trois premiers mois encore assez petite, pour loger dans le petit bassin; son fond change ensuite, & après son col & son orifice.



C H A P I T R E V I I I.

De l'Accouchement en général. *(un mécanisme)*

ON remarque, qu'environ le neuvième mois, la matrice a souffert le plus haut degré de dilatation dont elle est susceptible. Le bas-ventre grossit depuis le pénil, jusqu'au milieu de l'espace, qui est entre le nombril & le sternum. On aperçoit autour du nombril une grosseur circulaire, qui s'étend jusqu'au cartilage xiphoïde. Les parties hautes & latérales du bas-ventre, nommément celles qui sont près de fausses côtes, sont plus distendues & plus gonflées. Voyez la Pl. 4. La respiration de la femme devient plus courte & plus difficile qu'elle ne l'étoit au-paravant.

Après que la matrice a acquis le plus haut degré de dilatation dont elle est susceptible, elle commence à s'affaïsser peu à peu, c'est-à-dire, que la partie de la tumeur la plus haute & la plus ronde du bas-ventre s'affaïsse tous les jours insensiblement vers le nombril, ce qui est cause que la tumeur avance encore plus en avant.

La tension que la femme sent au-dessous de fausses côtes, diminue & même dispaçoit au point, que la respiration devient plus libre. Cet affaïssement de la matrice occasionne des phénomènes nouveaux; car le bas-ventre avance si fort, que la femme est obligée, pour ne pas tomber, de pencher son corps en arrière. Voyez la Pl. 3. Les lèvres des parties naturelles & les extrémités inférieures commencent à se tuméfier: le vagin rend une humeur blanchâtre & visqueuse, qui augmente tous les jours: la femme est contrainte d'aller plus souvent à la selle & d'uriner plus fréquemment. Ces changemens sont suivis d'au-

tres de plus grande conséquence & plus sensibles à la femme. Elle sent ordinairement le soir après avoir fini son travail, une tension douloureuse de peu de durée, mais qui lui reprend souvent & subitement, qui commence dans les lombes & le nombril, & finit dans la cavité du bassin.

La femme rougit pendant cette douleur, qui lui est inconnue; elle ferme ses lèvres, empoigne tout d'un coup le premier objet qui lui tombe sous les mains, & ne le quitte point tant que la douleur dure. Elle n'a pas plutôt cessée, qu'elle rentre dans son premier état, comme si elle n'avoit rien souffert.

On donne à ces douleurs légères, mais véritables, le nom de *douleurs prognostiquantes*. Elles se manifestent ordinairement le soir, & disparaissent dans le lit, lorsque la femme est dans une situation horizontale. Celles qui ont accouché plusieurs fois, & qui sont d'une foible constitution, sentent beaucoup moins ces douleurs, que celles qui sont enceintes pour la première fois. Ces dernières se trompent souvent à celles-ci, & s'imaginent, que le travail commence. C'est proprement dans cette occasion, que les Sages-femmes commettent souvent des fautes impardonnables; car comme elles regardent ces douleurs comme de véritables douleurs déterminantes, elles font asseoir la femme sur un fauteuil, en l'exhortant souvent tant que le jour dure, à les aider & les pousser vers le bas. Il s'est trouvé des femmes qui ont passé un jour entier dans un fauteuil, & qui se sont promenées deux ou trois semaines après. Ces efforts anticipés que fait la femme pour faire valoir les douleurs, peuvent occasionner une inflammation & autres accidens fâcheux.

Pour tranquilliser la femme dans ces fortes de cas, & s'assurer d'une manière qui ne lui laisse aucun doute, si elle est sur le point d'accoucher ou non, on doit examiner les parties internes par le toucher.

On

On trouvera, en introduisant le doigt dans le vagin, 1.^o que ce dernier est plus ouvert qu'à l'ordinaire; que ses rides antérieures sont presque effacées: la paroi de derrière plus haute que l'antérieure; la partie contigue au col de la matrice, plus ample & plus étendue que celle de devant; l'angle, que forme le vagin & l'orifice de la matrice, plus aigu.

2.^o L'orifice de ce dernier viscère, qui dans son état naturel ou hors de la grossesse, est ferme, pointu, alongé avec une fente transversale & saillante, est alors flasque, mince, arrondi & dilaté.

3.^o On verra que l'ouverture de l'orifice de la matrice varie chez différentes femmes qui éprouvent les douleurs dont je viens de parler, de même que sur la fin de leur grossesse. Chez celles qui sont enceintes pour la première fois, la tête de l'enfant, pendant que les vraies douleurs durent, est entièrement couverte par l'orifice de la matrice, qui est pour lors fermé, au lieu que chez celles qui ont eu plusieurs enfans, & dont les parties sont plus flasques, ce même orifice est également mince par-tout, & laisse quelquefois une petite ouverture, qui n'est point transversale, mais comme un petit cercle charnu & épais, dans lequel on peut avec peine introduire un ou deux doigts. *Voyez la Pl. VI. fig. 1.*

Cette ouverture est placée au milieu du bassin, mais un peu en arrière, vers l'os sacrum. On observe dans ce tems-là chez quelques femmes, que l'orifice de la matrice est flasque & pendant, & ressemble à un entonnoir renversé, dont l'ouverture inférieure est plus grande que la supérieure, parce que le col de la matrice s'ouvre plus tard que son orifice.

Lorsque cette ouverture de l'orifice de la matrice permet

l'intromission d'un doigt, on sent une membrane flasque & mince, & derrière celle-ci la fluctuation des eaux de l'amnios, dans lesquelles on découvre un corps rond & dur, qui n'est autre chose que la tête de l'enfant, qui porte sur le bord du détroit supérieur du petit bassin, & qui durant l'attouchement du doigt remonte quelquefois vers le haut & puis retombe vers le bas. Plus la tête de l'enfant est fixée vers l'orifice, plus l'Accouchement est prochain.

Lorsque dans le commencement de ces douleurs on n'apperoit aucun changement à l'orifice de la matrice, ni tension des membranes qui renferment les eaux, on peut assurer la femme pour la tranquilliser, que l'Accouchement n'a pas encore commencé, & qu'elle a encore quelque tems à attendre.

Ce sont-là les phénomènes & les marques caractéristiques d'un Accouchement prochain & des changemens qu'éprouvent les parties internes de la génération, qui deviennent tous les jours de plus en plus remarquables, puisque l'orifice de la matrice s'ouvre de plus en plus, & descend dans la cavité du petit bassin.

C'est dans cet état, que les femmes enceintes vivent continuellement dans l'attente jusqu'à ce que le terme de la grossesse soit échu, & c'est alors que la chose devient tout d'un coup sérieuse.

La nature tire le rideau dans le tems qu'on s'y attend le moins, & l'Accouchement naturel se fait de la manière suivante.

Premièrement la femme sent des douleurs lentes, mais répétées, ou des contractions dans la matrice & le bas-ventre; de certaines pressions dans les lombes, de même que si elle vouloit aller à la selle.

Ces douleurs ne font pas de longue durée, elles cessent subitement & font long-tems à revenir. Elles font d'abord supportables, mais quelque tems après elles deviennent plus vives, plus sensibles, & font de plus longue durée. Elles se suivent l'une l'autre plus promptement, & forcent la femme à retenir son haleine malgré elle. Pendant que ces douleurs durent, le bas-ventre s'enfle & devient dur. On donne à ces douleurs, causées par la contraction de la matrice, le nom de *travail*.

Toutes les fois qu'on examine avec le doigt l'effet que font ces douleurs, on s'apperçoit 1.^o que l'orifice de la matrice s'élargit circulairement; 2.^o que ce même orifice, à l'instant que les douleurs commencent, se distend, se roidit & se dilate, d'où s'ensuivent la difficulté de respirer & une pression incommode dans le bas-ventre. 3.^o Les membranes qui couvrent la tête de l'enfant, se distendent & s'avancent dans l'orifice de la matrice. *Voyez la Pl. VI. fig. 2.*

Les douleurs n'ont pas plutôt cessé, que ces membranes *fig. 1.*, de même que l'orifice de la matrice, deviennent flasques & se relâchent; le ventre s'amollit aussi, & la femme se trouve soulagée.

C'est dans cet intervalle qu'on sent distinctement au travers des membranes la position de la tête de l'enfant, parce qu'alors elles ne sont point tendues, & que la tête tombe plus avant dans le détroit supérieur du petit bassin. On sent alors les futures membraneuses des os de la tête, la fontanelle & son battement. *Voyez la Pl. I. fig. 6. entre MM & NN.*

A mesure que la tête de l'enfant s'engage dans la cavité du bassin, les futures & la fontanelle se rapprochent, & lorsque cela arrive, on sent sur la tête un pli, que quelques-uns pren-

nent mal-à-propos pour le cordon ombilical, mais qui n'est autre chose que la peau de cette partie, qui par la suite forme une tumeur ronde & molle.

A mesure que les os de la tête de l'enfant se rapprochent, cette partie avance à proportion. Voici les différens mouvemens qu'elle fait en avançant. *Voyez la Pl. 2. fig. 1.* A la fin de la grossesse, aussi-tôt qu'une grande partie est engagée dans le petit bassin, elle tombe au commencement du travail, non point directement & en ligne droite de D vers C, mais en décrivant une ligne courbe D E G H, avec la fontanelle & le front dans la cavité de l'os sacrum & du coccx, couchée directement sur le rectum; c'est même la raison, pour laquelle les excréments durs sont expulsés par cette pression de la tête de l'enfant sur le rectum. L'occiput glisse alors sous l'os pubis F; le front pousse le coccx C; le périnée se distend à chaque douleur, & l'anus s'allonge & se dilate.

Lorsque la tête de l'enfant est arrivée à ce point, elle remplit toute la cavité du petit bassin. L'orifice de la matrice glisse premièrement dessus le front de l'enfant & forme une espèce de bourlet (*voyez la Pl. VI. fig. 4. a a a*) entre l'occiput & le pubis, qui se retire ensuite & donne passage à la tête. C'est dans cet état, qu'on ne peut presque plus sentir l'orifice de la matrice; car comme la tête de l'enfant s'avance de plus en plus, il se dilate & s'amincit au point, qu'il disparoît à la fin totalement. Lorsqu'on touche la femme dans cet état, une mucoité sanguinolente s'attache au doigt.

Les membranes forment comme une poche, qui grossit considérablement, lorsque la tête de l'enfant est descendue, & elle reste tendue, même après que les douleurs ont cessé, ce qu'elle ne faisoit pas auparavant, car alors elle étoit flasque,

lorsque les douleurs cessoient; elle ne subit à présent d'autre changement, que de s'étendre ou grossir un peu plus pendant que les douleurs durent, qu'après qu'elles ont cessé. *Voyez la Pl. VI. fig. 4.*

C'est alors que la femme est sur le point d'accoucher. Elle entend de même que les spectateurs, pendant une forte douleur, un bruit, qui est suivi de l'écoulement d'une grande quantité d'eau hors du vagin: on dit alors que *les eaux percent ou ont percé.*

Les douleurs augmentent peu de tems après; elles se suivent de près, elles sont plus aiguës & continuent avec plus de violence & avec un tremblement dans les extrémités inférieures. On appelle ces douleurs, *des douleurs déterminantes.*

La femme éprouve alors une oppression extraordinaire; elle s'agite de côté & d'autre; elle a le pouls dur, vite & plein; les yeux étincelans, les joues vermeilles, le visage enflammé & le corps couvert de sueur; les extrémités inférieures & surtout les genoux tremblans, des frissons, mais qui ne sont point accompagnés de froid; elle grince des dents & se mord les lèvres; elle a un air féroce & menaçant, le ton de voix glapissant, les cheveux hérissés, comme une désespérée, jusqu'à ce que les douleurs aient augmenté jusqu'au dernier degré. *Voyez la Pl. VII. fig. 2.* Chez les femmes qui accouchent pour la première fois, la fourchette se déchire, & l'enfant sans aucun secours de la part de la Sage-femme sort avec les eaux, par la grande fente, qui est considérablement élargie.

L'enfant n'est pas plutôt sorti, que les douleurs s'apaisent, & sont suivies d'un calme parfait, qui se fait sentir dans tout le corps; la chaleur, la rougeur, la sueur diminuent peu à peu; l'accouchée prend un air plus serein, & embrasse en souriant

& avec transport l'enfant qu'elle vient de mettre au monde ; elle remercie la Sage-femme & les aides des soins & des peines qu'elles se sont données , & s'affoupit insensiblement.

Lorsqu'on examine aussitôt après l'Accouchement les parties internes de la femme , on trouve que l'orifice de la matrice ressemble à un morceau d'intestin qu'on a coupé , mais dont la partie postérieure paroît plus longue & plus mince , que l'antérieure. Le col de la matrice est la première partie qui commence à se rétrécir , & le cordon ombilical sort par son ouverture. Ce cordon vient d'une plus grande cavité , & c'est au fond de celle-ci qu'est attaché l'arrière-faix. *Voyez la Pl. VIII. fig. 1.*

La cessation des douleurs , le calme & l'affoupissement , ne sont pas de longue durée. Pour l'ordinaire environ au bout d'une demi-heure , les douleurs & les mouvemens spasmodiques de la matrice recommencent , mais avec moins de violence qu'auparavant. Elles obligent l'arrière-faix à se détacher de la matrice , & à sortir par son orifice dans le vagin , d'où on le tire aisément aussi-bien que les membranes , en tirant le cordon ombilical & lui donnant une secousse. *Voyez la Pl. VIII. fig. 2. & 3.*

Tels sont les moyens que la nature , sans aucun secours extérieur , emploie pour procurer l'Accouchement.

Après que l'arrière-faix est sorti , on remarque , en introduisant le doigt dans le vagin , que le col de la matrice se rétrécit considérablement ; mais son orifice ne le fait que lentement , & qu'au bout de quelques jours.

Si-tôt après l'expulsion de l'arrière-faix , il sort , durant les premières heures , de la cavité de la matrice une grande quantité de sang pur & clair , qui diminue au bout de quelques heu-

res. Quelques jours après, ce sang devient aqueux & blanchâtre. Cet écoulement dure pour l'ordinaire, en diminuant insensiblement, quatre semaines. On donne à cette évacuation le nom de *Lochies* ou *Vuidanges*. Lorsque ce sang sort en forme de grumeaux, l'accouchée sent des douleurs poignantes dans la région du pubis & dans le bas-ventre; elles proviennent de ce que ces grumeaux bouchent l'orifice de la matrice, ce qui est cause, que ce viscère ne peut se débarrasser du sang & se distend, ce qui ne peut arriver sans causer de la douleur. On appelle ces douleurs, *tranchées utérines*; elles durent rarement plus de 24 heures & ne sont pas si sensibles chez les femmes qui accouchent pour la première fois, que chez celles, qui ont eu plusieurs enfans.

La femme environ trois jours après qu'elle a accouché, est saisie d'un frisson suivi d'une grande chaleur, qui, au bout de 24 heures, se termine par une abondance de lait, qui fait gonfler les mamelles. Cette fièvre, qu'on appelle *fièvre de lait*, est ordinairement si benigne, qu'elle cesse d'elle-même sans aucun secours.

Après que cette fièvre a cessé, toutes les parties rentrent dans leur premier état. L'accouchée donne la mamelle à son enfant, & tous les deux acquièrent tous les jours de la santé & des forces. Les parties, tant internes qu'externes, sont tant soit peu flasques & dilatées, & l'on sent à l'entrée de l'orifice de la matrice une petite tubérosité ou fente, qui est le signe le plus assuré d'une femme accouchée. Voyez la Pl. 2. fig. 5. lettre C.

Tels sont les phénomènes qu'on remarque dans la conduite que tient la nature dans le tems de l'Accouchement. Le savant SAXTORPH les a représentés avec le pinceau de la nature, & je les ai tirés de l'ouvrage du fameux PLENK.

CHAPITRE XX.

Du mécanisme de l'Accouchement.

Lorsqu'on examine attentivement les différens phénomènes qu'offrent les parties destinées à l'Accouchement, l'on s'apperçoit d'abord, que les unes sont actives & les autres passives.

Le mécanisme consiste dans une forte contraction des parties, qui environnent l'enfant, & c'est par ce moyen que ce dernier avec toutes ses dépendances est expulsé par l'orifice de la matrice, le vagin & la vulve.

On met au nombre des parties actives, ou qui contribuent à l'Accouchement, la matrice, les muscles du bas-ventre & le diaphragme, qui, en se rétrécissant, agissent sur le corps de l'enfant.

Les parties passives sont, non-seulement l'enfant, les membranes qui l'enveloppent, les eaux & l'arrière-faix, mais encore l'orifice de la matrice, le vagin & la vulve entière, sur lesquels l'enfant & la poche d'eaux formée par ses membranes, agissent & les obligent à se dilater.

On ignore encore la cause naturelle & déterminante, qui met les parties actives en mouvement après neuf mois de grossesse; car il y a une différence entre celle-ci & la cause déterminante surnaturelle, qui occasionne l'avortement ou l'Accouchement prématuré, puisque ces derniers peuvent être produits par les indispositions du corps. Le développement total de toutes les fibres de la matrice paroît être à l'égard de cette partie, la seule cause naturelle inclinative. Ne seroit-ce pas la pesanteur de l'enfant & de ce qui lui appartient, qui met

met les parties actives en jeu , en les incitant & irritant ? ou font-ce les évacuations périodiques , qui ont cessé pendant neuf mois , qui sont cause que les vaisseaux sanguins de la matrice se sont engorgés & distendus à un certain point , qui exige leur évacuation ?

On explique parfaitement bien les phénomènes de l'Accouchement , quand on réfléchit sur les effets que produit la contraction de la matrice , des muscles du bas-ventre & du diaphragme ; car chaque contraction de la matrice doit diminuer sa capacité , & par conséquent tout ce qui est renfermé dans ce viscère , doit être poussé vers son orifice , qui dans ce cas résiste fort peu. On comprend clairement par ce que je viens de dire , comment l'orifice de la matrice se dilate , les membranes se distendent , la tête de l'enfant est poussée vers le bas , & comment à chaque contraction de ce viscère , son orifice en se dilatant , cause de la douleur à la femme.

Les contractions violentes & réitérées de la matrice , augmentent la dilatation de son orifice , les douleurs , la tension des membranes & la descente de la tête de l'enfant dans le vagin. Lorsque la tête a franchi l'orifice de la matrice , elle rompt les membranes & dilate le vagin , au moyen de quoi les grandes & les petites lèvres de la vulve se retirent dans le vagin ; l'orifice de ce dernier s'étend de plus en plus , quoique la tête de l'enfant , qui glisse sous l'arcade des os pubis , comprime & distende fortement le périnée. *Voyez la Pl. VII. fig. 2.*

Lorsqu'on compare la conformation , la largeur & la profondeur du bassin & des parties contigues , par lesquelles l'enfant doit passer en naissant , avec la position , la grosseur & la longueur de sa tête , on comprend aisément le mécanisme , le changement & la route qu'elle doit tenir dans l'Accouchement.

Cette tête , qui est ordinairement plus grosse que l'entrée du petit bassin , est composée de plusieurs os. (*Voyez la Pl. 1. fig. 6.*) qui ont la facilité de glisser les uns sur les autres , ce qui est causé par la dureté & la solidité des os du bassin , qui résistent à la souplesse & mollesse de la tête de l'enfant , qui est plus volumineuse ; celle-ci prend en conséquence la forme d'un cône. (*Voyez la Pl. 2. fig. 1.*) ce qui la met en état d'écarter les parties molles , qui s'opposent à son passage.

La tête de l'enfant ainsi allongée , prend , en entrant dans le petit bassin , la position suivante : sa partie la plus longue , savoir son visage , est posée sur la partie la plus longue du bassin , c'est-à-dire , dans la cavité de l'os sacrum. Aussi-tôt que le sommet porte sur la plus grande courbure du sacrum , elle ne sauroit plus descendre en ligne droite , parce que cette courbure , conjointement avec le coccx , s'y opposeroit ; mais elle ne trouve point de résistance sous l'arcade des pubis. *Voyez pag. 92.*

C'est dans ce moment , que la tête de l'enfant tombe dans le dernier passage ; son front glisse sur la cavité lisse & unie de l'os sacrum & le corps mobile du coccx. L'occiput se glisse , à cause de la cavité courbée des parties postérieures du bassin , sous l'arcade du pubis , qui est l'endroit , où il a le moins de profondeur. Le col se meut , comme autour d'un axe , vers le haut ; le menton s'éloigne de la poitrine , le périnée glisse premièrement sur l'occiput , ensuite sur la fontanelle , le visage , & enfin sur toute la tête. Voilà le passage naturel que prend cette dernière partie , ainsi qu'on s'en apperçoit facilement par le toucher & la vue.

La tête une fois sortie de la manière susdite , le corps fuit très-aisément le passage qu'on lui a frayé. Les épaules passent par le diamètre transverse du détroit supérieur du petit bassin ;

mais en arrivant à l'inférieur, elles se tournent en avant & en arrière, à cause qu'elles y trouvent moins d'obstacle, le diamètre du coccx jusqu'à l'arcade du pubis étant d'un pouce plus grand, que celui d'un des os ischion à l'autre.

La contraction ou rétrécissement total de la matrice pousse conséquemment avec facilité l'arrière-faix, & c'est ce qui cause les *tranchées utérines*. Voyez la Pl. VIII. fig 1. & 2. La perte de sang qui suit, vient des ouvertures des artères, qui ne se sont pas encore tout-à-fait contractés, & qui, avant ce tems-là, verseroient le sang du fond de la matrice dans le placenta.

C H A P I T R E X.

Des circonstances de l'Accouchement naturel en particulier.

Nous avons jusqu'à présent examiné l'Accouchement naturel en simples contemplateurs, & nous allons maintenant en parler en Accoucheurs.

La plupart des Accouchemens naturels n'exigent point le secours de l'art, mais il est absolument nécessaire dans ceux qui sont contre-nature.

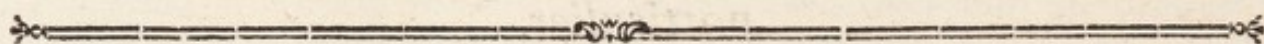
On dit que l'Accouchement est naturel, lorsque l'enfant, après neuf mois de grossesse, sort lui-même facilement & en peu de tems, sans le secours particulier de l'art.

Pour que cet Accouchement se fasse aisément & sans le secours de ce dernier, il faut que la mère & l'enfant soient en bon état. La bonne position de l'enfant est la circonstance essentielle à un Accouchement naturel.

La position la plus naturelle est celle, dans laquelle la tête

de l'enfant descend tellement dans l'orifice de la matrice, que sa face est tournée vers le sacrum, & l'occiput vers le pubis. Lorsque cela est, & que toutes les choses sont dans un état naturel, l'enfant sort aisément & en peu de tems, sans avoir besoin du secours de l'art, ainsi qu'on en a des exemples à l'armée chez les femmes des soldats, les payannes & les filles publiques, qui souvent accouchent seules & en secret, sans le secours de qui que ce soit. Les Accoucheuses doivent avoir toutes ces circonstances présentes devant les yeux, pour pouvoir juger, si la nature n'est pas troublée ou interrompue dans ses opérations.

Je traiterai dans les Chapitres suivans de ces circonstances & du peu de secours, que l'on peut procurer à la nature dans l'Accouchement naturel.



C H A P I T R E X X.

Du toucher.

ON entend par ce mot, l'introduction d'un ou de deux doigts dans le vagin, jusqu'à l'orifice de la matrice, pour connoître son état & les phénomènes qui s'y présentent.

On doit toucher la femme avec la plus grande exactitude, parce que c'est le principal & même l'unique moyen, par lequel on peut faire un pronostic certain de l'état naturel ou contre-nature d'une femme avant & durant la grossesse, de même qu'avant, pendant & après l'Accouchement.

Si la Sage-femme est pourvue de la nature d'une main mince, & qu'elle ait en outre les doigts passablement longs & sensibles au tact, elle sera préférable à toute autre pour cette opé-

ration. Elle doit avoir les ongles bien coupés & rasés, oindre un doigt ou même toute la main avec du beurre, de l'huile ou telle autre substance grasse, pour la rendre plus glissante & pouvoir l'introduire, sans causer du mal à celle, qu'elle est obligée de toucher.

On peut toucher la femme dans plusieurs positions ou situations, par exemple, lorsqu'elle est couchée dans son lit; qu'elle est assise sur le bord de ce dernier ou d'une chaise; qu'elle est debout appuyée sur quelque chose, & enfin lorsqu'étant sur son lit, elle s'appuie sur ses genoux & ses coudes.

On touche ordinairement une femme, lorsqu'elle est couchée, en lui faisant lever un ou les deux genoux. *Voyez la Pl. VII. fig. 1.* On se sert pour cet effet de la main qui répond au pied de la femme qu'on touche; par exemple, de la droite, si c'est le droit, & de la gauche si l'on est placé du côté du pied gauche. Cela fait, on place une main sous ses lombes qu'on soulève un peu; on approche l'autre du pubis, sur lequel on pose le pouce pour lui servir d'appui, & on introduit l'index dans le vagin jusqu'à l'orifice de la matrice, & les autres doigts se reposent sur le périnée. Durant cet examen, la femme doit tenir un ou les deux genoux levés & s'appuyer sur ses talons.

On introduit ensuite le doigt index aussi haut qu'on peut par le vagin à l'orifice & au col de la matrice: y étant arrivé, on le tourne en rond & de droite à gauche, pour examiner exactement l'état du col & de l'orifice de ce viscère. On procède de la même manière, lorsqu'on touche la femme assise, à genoux ou debout, mais avec cette différence, que lorsqu'on la touche étant à genoux, on introduit le doigt par derrière. Cette dernière manière est quelquefois nécessaire, principalement, lorsqu'on ne peut pas bien atteindre l'orifice de la matrice, en

la touchant par devant, ou que la femme s'y refuse par pudeur; on a encore l'avantage de pouvoir mieux découvrir l'orifice de la matrice. Pour toucher la femme pendant qu'elle est debout, on lui fait appuyer ses mains sur une chaise le dos courbé, & l'on se place derrière elle sur une autre. Si elle est couchée sur le côté gauche, on la touche par derrière de la main droite, & de la gauche, si elle est couchée sur le droit. On observera la même chose, lorsqu'elle est à genoux.

Il arrive quelquefois, sur-tout lorsque la matrice est placée fort haut, qu'on ne peut y atteindre avec un seul doigt; il faut alors se servir de toute la main, faire coucher la femme au travers de son lit, les pieds appuyés sur une chaise, & les genoux écartés, comme le montre *la fig. 2. de la Pl. VII.*

L'Accoucheuse ayant oint sa main avec quelque substance grasse, doit placer, dans ce cas, son pouce de façon entre ses doigts, qu'il forme avec ces derniers une espèce de cône; elle introduit alors ses doigts l'un après l'autre, en cachant son pouce dans le vagin, & ensuite toute la main, jusqu'à ce qu'elle arrive à l'orifice de la matrice.

Cette opération étant très-douloureuse pour la femme, on ne doit la tenter, que dans la plus grande nécessité; l'introduction de l'index seul est bien plus facile. On s'en sert dans l'Accouchement contre-nature, pour connoître la situation de l'enfant.

On fait par expérience, qu'on n'atteint pas plus haut avec deux ou trois doigts, qu'avec un seul; il faut donc tenir pour règle générale, de toucher une femme avec l'index seul, ou avec la main entière. Lorsqu'en introduisant celle-ci, on évite de faire rentrer le périnée, & qu'on écarte les poils de grandes lèvres, on peut toucher la femme, sans lui causer beau-

coup de douleur. Lorsqu'on n'a pas cette attention, les femmes ne peuvent supporter le toucher avec toute la main, & commencent par jeter les hauts cris.

Il arrive quelquefois, que l'un ou l'autre des plis du vagin est gonflé, & c'est à quoi il faut prendre garde, pour ne pas le confondre avec l'orifice de la matrice, & annoncer comme prochain, un Accouchement quelquefois éloigné. Pour ne point tomber dans cette erreur, il faut toucher plus avant & plus haut, & bien s'assurer de ce qu'on touche.

On découvre principalement par le moyen du toucher, si une femme est enceinte ou non; si elle a eu des enfans; de combien de mois elle est avancée dans sa grossesse; si les douleurs qu'elle ressent, sont vraies ou fausses; si son Accouchement sera facile ou laborieux; si l'orifice de la matrice est bien placé ou non; si les eaux sont écoulées; si ces dernières sont vraies ou fausses; si la perte que la femme éprouve, vient de la matrice ou du vagin; si les eaux se présentent bien ou mal; si la position de l'enfant est bonne ou mauvaise; s'il est vivant ou mort; si les parties molles de la femme, par où l'enfant doit franchir le passage, sont dans un état naturel; si le bassin est bien ou mal conformé; si l'enfant est dans la matrice ou dehors, &c.

Lorsqu'une femme enceinte, par une pudeur mal entendue, ne veut point se laisser toucher, elle se rend responsable de tous les malheurs qui peuvent lui arriver. La pudeur est sans contredit celle de toutes les vertus qui fait le plus d'honneur aux femmes; mais Dieu, la nature, ni la religion ne prétendent une piété, qui est nuisible au corps.



CHAPITRE XXI.

Des signes qui annoncent l'Accouchement.

LA première chose qu'une femme enceinte & inquiète demande à sa Sage-femme, est, si elle est à la veille d'accoucher; si l'Accouchement sera heureux; quel est le terme de sa grossesse & le tems auquel elle finira; si le travail a commencé. Parmi toutes les réponses qu'on peut lui donner, celle de fixer le jour pour l'Accouchement, est la plus incertaine; cependant on peut à peu près le connoître par le tems auquel ses regles ont cessé, que l'enfant a commencé à se remuer; par l'accroissement & l'élevation de la matrice, ou la hauteur à laquelle elle se trouve; en touchant l'orifice de la matrice, & enfin par les douleurs *préparantes* & autres accidens qui précèdent l'Accouchement, & dont j'ai parlé ci-dessus. On peut cependant avec plus de certitude promettre à la femme enceinte, qui est à la fin de sa grossesse, que son Accouchement sera facile & naturel, lorsqu'on trouve par le moyen du toucher, que l'enfant est dans une bonne position, & le passage tel qu'il doit être.

On connoît que l'Accouchement commence, lorsque sur la fin de la grossesse, les vraies douleurs se font sentir, que par celles-ci l'orifice de la matrice se dilate & les membranes se tendent.

On connoît que l'Accouchement avance, par la continuation constante & l'augmentation des douleurs; par l'agrandissement & l'affaïssement de la poche que forment les membranes, & la descente de la tête de l'enfant.

On

On juge que l'Accouchement est à sa fin , par l'évacuation de l'humeur visqueuse & sanguinolente qui sort du vagin ; par les douleurs *déterminantes*, le changement de la voix de la femme en travail , la dilatation de la vulve , & la faillie du périnée.

C H A P I T R E X I I I.

Des douleurs.

LEs douleurs que la femme souffre durant l'Accouchement, sont occasionnées par le rétrécissement ou la contraction de la matrice, des muscles du bas-ventre & du diaphragme, qui l'obligent à retenir son haleine malgré elle , & agissent sur l'enfant pour le pousser vers le bas. Les femmes en travail ne sauroient les cacher ; car quand elles veulent les retenir pendant l'absence de la Sage-femme, l'on s'en apperçoit tout de suite à leur mine.

Il n'est pas vraisemblable , que ces douleurs proviennent de la contraction du tissu musculaire de la matrice, elles ont leur source dans les vaisseaux sanguins de ce viscère, qui dans cet état se distendent & s'allongent , & qui n'étant avant la grossesse que de petits vaisseaux capillaires, ne peuvent plus s'étendre, parcequ'ils ont subi le plus grand degré d'extension dont ils sont susceptibles, tant en largeur qu'en longueur, & tâchent de se remettre dans leur premier état, ainsi que le fait une sangsue, après qu'elle est rassasiée de sang. Ces vaisseaux, & particulièrement les artères, sont pourvues de fibres musculaires, de sorte que la matrice, dont la substance ne paroît composée que d'un tissu cellulaire particulier, doit être regardée pour passive. Les vaisseaux sanguins sont toujours accompagnés

nés de nerfs, & c'est par là qu'on explique le plus ou le moins de sensibilité de ce viscère.

On divise les douleurs, quant à leur origine, en *vraies*, *fausses* & *mixtes*.

Les vraies douleurs sont des contractions régulières de la matrice autour de l'enfant, qui du fond s'étendent jusqu'au col de ce viscère, & on les connoît, parceque pendant qu'elles durent, l'orifice de la matrice se dilate, & les membranes qui renferment les eaux, se distendent. *Voyez la Pl. VI. fig. 2.*

Les douleurs fausses, malgré qu'elles ne méritent pas le nom des douleurs, puisqu'elles ne coopèrent en rien à l'Accouchement, sont des affections douloureuses du bas-ventre & des environs du bassin, qui ne dilatent point l'orifice de la matrice, & ne font point enfler les membranes. *Voyez la même Pl. fig. 1.* Les coliques, l'accumulation des excréments & de l'urine peuvent les causer. On les distingue aisément de vraies douleurs, parceque l'application des linges chauds, & les lavemens les calment ordinairement, au lieu que l'usage de ces remèdes excitent & augmentent les vraies douleurs.

Elles ne facilitent nullement l'Accouchement, parcequ'au lieu de dilater l'orifice de la matrice, elles le resserrent.

On appelle douleurs mixtes, celles qui dilatent & resserrent tour à tour ce même orifice.

On divise les douleurs vraies en quatre espèces, dont la première passe à la seconde, la seconde à la troisième & la troisième à la quatrième. Ces espèces sont: les *prognostiquantes*, les *préparantes*, les *expulsives* & les *déterminantes*.

Les *douleurs prognostiquantes* se font quelquefois sentir quelques jours & même quelques semaines avant l'Accouchement, sur-tout vers le soir, & s'appaisent la nuit, lorsque la femme est couchée sur le dos. La Sage-femme y est souvent trompée, car s'imaginant qu'elles sont vraies, elle engage la femme à les aider & augmenter; mais les personnes instruites les distinguent facilement par le toucher, parcequ'elles ne dilatent aucunement l'orifice de la matrice. Ces douleurs durent quelquefois 12 à 24 heures & souvent plus, avant de passer à la seconde espèce.

Les *douleurs préparantes* dénotent quelque chose de plus; elles sont douces, de peu de durée, & ont de longs intervalles. Elles font sortir du vagin une mucofité blanchâtre, qui dans la suite devient sanguinolente, l'orifice de la matrice se dilate, les membranes se tendent & saillent sous une forme ronde dans l'Accouchement naturel par ce même orifice. *Voyez la Pl. VI. fig. 3.* Quand l'Accouchement se termine dans l'espace de six heures, ces douleurs durent ordinairement quatre heures.

Pendant les *douleurs expulsives*, la poche formée par les membranes qui renferment les eaux, est poussée plus bas & creve; *Voyez la fig. 4. de la même Pl.*; les eaux qu'elles contiennent s'écoulent, la tête de l'enfant s'enfonce de plus en plus dans le bassin, jusqu'à ce que le sommet se trouve entre les grandes lèvres. *Voyez la Pl. VII. fig. 2.* Pendant que ces douleurs durent, la femme n'urine plus, & lâche malgré elle les excréments contenus dans l'extrémité du rectum. Ces douleurs dans l'Accouchement naturel, durent une heure ou une heure & demie.

Pendant les *douleurs déterminantes*, la tête de l'enfant est entièrement poussée dehors, & elle est bientôt suivie de tout le corps. Ces douleurs durent un quart d'heure.

C'est la nature elle-même, qui, par sa sage disposition, cause seule les douleurs, & lorsqu'elle reste dans l'inaction, il n'y a point de remèdes pour hâter l'Accouchement, tous les spécifiques n'ont été inventés, que pour tromper le Public & en imposer aux ignorans. La femme en travail peut le plus contribuer à faire avancer l'enfant & hâter l'Accouchement; mais cette coopération est inutile, quand elle n'a point de vraies douleurs; elle épuise au contraire ses forces, & elle est quelquefois tout-à-fait sans vigueur, quand elle est obligée d'aider ou soutenir les douleurs déterminantes. On ne doit par conséquent pas exciter la femme à faire valoir ses douleurs dans le commencement de son travail, sur-tout, quand elles sont fausses, car cela pourroit lui être très-nuisible.

Il vaut mieux dans l'Accouchement naturel, que la femme laisse agir les premières douleurs; mais elle peut aider & soutenir les expulsives & les déterminantes. Dans le cas où l'enfant est dans une position contre-nature, on doit lui défendre de faire valoir ses douleurs; & lui conseiller de les laisser s'apaiser lentement & d'elles-mêmes; car plus l'enfant s'engage dans le bassin, plus on a de la peine à le retourner, à cause que les eaux s'échappent, & que la matrice se contracte tout-à-fait sur lui.

Les tranchées uterines sont causées par les différens rétrécissemens de la matrice, qui se déclarent peu à près la naissance de l'enfant, & font sortir l'arrière-faix & les caillots de sang qu'elle contient.



CHAPITRE XIV.

Des eaux de l'enfant.

LEs vraies douleurs n'ont pas plutôt dilaté l'orifice de la matrice, qu'on sent dans cette ouverture une poche pleine d'eau. *Voyez la Pl. VI.*

Cette poche a le même diamètre que l'orifice de ce viscère. Elle est flasque après que les douleurs ont cessé, *fig. 1.* & fortement distendue, pendant tout le tems qu'elles durent. *fig. 2, 3 & 4.*

Lorsque l'Accouchement est naturel, cette vessie est ronde, dure & gonflée, & se déchire par soi-même lorsque le sommet de la tête de l'enfant doit être couronnée par l'orifice de la matrice, ou que cette dernière partie est distendue au troisième degré. *fig. 4.*

On peu prédire en examinant la forme de cette poche, si l'Accouchement sera naturel ou contre-nature; car quand elle a la forme d'un boudin, qu'elle est molle, plate, étendue & formée sur la partie que l'enfant présente au passage, c'est un signe que sa tête est placée obliquement, ou que quelque'autre partie de son corps est tombée dans l'orifice de la matrice. *Voyez la fig. 1 & 5.* Les eaux renfermées dans les membranes qui représentent une telle forme, s'échappent ordinairement toutes au désavantage de l'Accouchement.

Les eaux servent à dilater & à lubrifier les parties molles, par lesquelles l'enfant doit passer, & sur-tout l'orifice de la matrice & le vagin. Lorsqu'elles s'échappent trop prématurément, & que le passage se sèche, l'Accouchement devient très-

laborieux ; il faut donc dans l'Accouchement naturel toucher la femme avec beaucoup de circonspection , de crainte de déchirer les membranes.

Il y a six cas dans lesquels on doit déchirer ces dernières ; 1.^o Lorsqu'elles sont dures & coriaces , & qu'elles sortent avec les eaux hors de la vulve. 2.^o Lorsqu'on est assuré que la matrice est trop remplie d'eau , ce qui causeroit la foiblesse & l'inertie de ce viscere , ou lorsqu'il y a un défaut d'eau entre la tête de l'enfant & les membranes ou un amas de ce même fluide entre le chorion & l'amnios. 3.^o Lorsque l'Accouchement est prompt , à cause de la largeur extraordinaire du petit bassin. 4.^o Lorsqu'on est obligé de retourner l'enfant. 5.^o & 6.^o Lorsque la perte de sang est trop forte , ou que la femme a des convulsions. Je parlerai de tous ces accidens en particulier à l'article des Accouchemens laborieux.

Pour ouvrir les membranes , on doit simplement pendant une forte douleur pousser son doigt contre la tête de l'enfant , ou si elles sont trop coriaces , les déchirer avec l'ongle ; ou si la poche est assez avancée pour qu'on puisse la voir , la percer avec des ciseaux , mais avec la plus grande précaution , de crainte que pendant une forte douleur expulsive , la tête de l'enfant ne tombe sur la pointe de cet instrument. On doit pour cette raison les tenir de travers pour percer les membranes.

Dès qu'une Sage-femme apperçoit la moindre apparence d'un Accouchement contre-nature , & qu'elle n'a pas assez de confiance en elle-même pour le terminer , elle doit à l'instant faire demander un Accoucheur , avant que les eaux aient percé , parceque ces dernières le facilitent.

Plusieurs s'imaginent , mais fausement , qu'ils y a des en-

sans qui naissent sans le secours de ces eaux; c'est un prétexte qu'on prend ordinairement dans les cas des Accouchemens laborieux pour se disculper, mais les eaux s'échappent alors par la mauvaise position de l'enfant, & c'est la raison pour laquelle on doit toujours biens s'assurer de cette dernière. Lorsque l'Accouchement tire en longueur, l'on ne trouve souvent plus d'eau, ou l'on n'en trouve que très peu. Lorsque la tête de l'enfant est d'une grosseur considérable, il y a souvent un défaut d'eau entre cette dernière partie & les membranes, ce qui est cause qu'elles restent comme attachées à sa tête.

Les fausses eaux ne s'écoulent point par la même route que les vraies, & n'occupent pas non plus la même place. Elles sont enfermées entre les deux membranes de l'enfant, ou entre le chorion & la matrice. Elles sont limpides, elles n'ont aucune couleur ni odeur, & ne tachent point le linge.

*on ne devrait pas dire les
faux. car on ne peut pas
les enlever: mais plutôt faux-
auventelles..*

Ces fausses eaux s'écoulent quelquefois plusieurs jours, & quelquefois quelques heures avant l'Accouchement, ce qui effraie souvent la femme enceinte; mais cet écoulement n'a rien de dangereux, il est au contraire salutaire, tant pour la mère que pour l'enfant, parceque la matrice se peut mieux contracter.

Lorsque les fausses eaux sont enfermées entre la matrice & la surface externe du chorion, leur écoulement se fait à la fin de la grossesse sans que la femme s'en apperçoit; au lieu, que lorsqu'elles sont enfermées entre le chorion & l'amnios, elles s'écoulent peu de tems avant l'Accouchement, souvent durant les douleurs & avec bruit, de même que les vraies, à cause que le chorion se déchire.

On peut s'assurer par le toucher, si les eaux qui s'écoulent sont vraies ou fausses, car dans le cas de dernières, les deux

membranes ne sont pas déchirées. On doit observer de plus, si les eaux qui s'écoulent sont naturelles & sans odeur, car celles qui sentent mauvais, annoncent quelquefois la mort de l'enfant. Lorsqu'elles sont verdâtres, elles sont mêlées avec le méconium de l'enfant, ce qui est ordinairement, mais pas toujours, un signe, qu'il présente les fesses.

C H A P I T R E X V.

De la manière dont on doit placer la femme pour l'accoucher.

LA nature n'a besoin d'aucun secours dans l'Accouchement naturel, & par conséquent la femme est la maîtresse de choisir la situation qui lui est la plus commode, pourvu qu'elle ne s'oppose point à la sortie de son enfant.

La meilleure méthode, lorsque l'Accouchement approche, est de faire coucher la femme sur un lit, autour du quel on puisse tourner commodément; ou bien sur quelques chaises attachées ensemble, sur lesquelles on met des matelats, sur lesquels on la place de manière, qu'elle ait la tête, le dos, l'extrémité de l'épine du dos, les bras & les pieds fortement appuyés contre quelque chose qui résiste. On la couvre avec ses couvertures, pour qu'elle n'ait point froid. Au moyen de quoi elle se trouve à son aise, & n'a aucune mauvaise suite à craindre pour son enfant lorsque l'Accouchement se fait précipitamment, ou qu'elle est sujette à une chute de matrice, à une hernie, une perte de sang, &c.

On se sert donc par préférence du lit de camp de la femme en travail, on le couvre d'un matelat & de linceuls, sous lesquels on met une peau de mouton ou des draps pliés en plusieurs

seurs doubles , pour ne point tacher le lit. Deux aides s'affurent de ses mains, ou à leur défaut, on place une serviette sous l'extrémité de l'épine du dos , aux bouts de laquelle sont des nœuds, qu'elle tient avec les mains.

La femme ainsi couchée sur le dos , les fesses bien élevées , à mesure que la tête de l'enfant avance dans le petit bassin & s'engage plus avant dans le vagin, sa position doit insensiblement baisser, de façon, que vers la fin de l'Accouchement & durant les douleurs déterminantes, elle soit placée de manière, qu'elle soit entièrement renversée en arrière. *Voyez la Pl. VIII. fig 2.* En observant ce que je viens de dire, on est plus à portée de la secourir & de ménager ses parties naturelles.

Dans le cas où l'on n'a pas la commodité d'avoir un lit de travail ou un lit ordinaire, des matelas ou une paille, on fait asseoir la femme sur les genoux d'une personne forte & vigoureuse ; ou bien, on prend deux chaises, sur l'une desquelles on fait asseoir la femme en travail, les fesses sur son bord & les cuisses écartées ; la Sage-femme s'assied sur l'autre. La première appuie fortement les pieds contre une planche, ou les montans de la chaise sur laquelle la Sage-femme est assise, & les deux appuient leurs genoux l'un contre l'autre. Cette dernière prend une serviette, qu'elle noue aux deux bouts, & qu'elle passe autour du corps de la femme qu'elle accouche, pour soutenir ses reins, & appuyer ses mains, en la tirant à elle.

La femme peut faire valoir les douleurs préparantes étant assise, couchée ou debout ; on doit cependant avoir soin de lui faire appuyer les extrémités inférieures & les lombes pendant ce tems-là.

Lorsque l'Accouchement est contre-nature, qu'on est obligé de retourner l'enfant, ou de se servir du forceps, du levier, &c.

il faut faire coucher la femme sur un lit, les jambes pendantes, & les pieds appuyés de chaque côté sur le genou des aides, qui sont assises sur une chaise plus basse, & tiennent d'une main le genou, & de l'autre le pied de la femme. *Voyez la Pl. VII. fig. 2.*

La femme doit être placée de façon, que sa vulve soit directement vis-à-vis du nombril de la Sage-femme.

Elle peut avoir dans son lit quatre positions différentes: se coucher sur le dos, sur le côté droit ou gauche, s'appuyer sur ses mains ou sur ses genoux.

Ces manières de placer les femmes qu'on accouche, sont préférables aux lits de travail, soit simples ou composés; ces derniers indépendamment de l'embarras qu'ils causent, sont de fort peu d'utilité pour les Accouchemens.

CHAPITRE XVIII.

De la conduite que doit tenir l'Accoucheur ou la Sage-femme dans l'Accouchement naturel.

Lorsqu'on est instruit de toutes ces circonstances, & qu'on les a bien pesées, s'il arrive alors que la tête de l'enfant soit assez avancée dans le petit bassin, pour qu'on puisse y atteindre avec la moitié de l'index, on doit placer la femme dans une des positions dont j'ai parlé ci-dessus.

On doit placer sous elle un vaisseau de terre, ou de telle autre matière, pour recevoir les vuidanges & l'arrière-faix.

La Sage-femme doit s'asseoir sur une chaise basse entre ses cuisses, de manière que son giron se trouve directement sous sa vulve.

Deux aides doivent tenir , chacune de leur côté, le genou de la femme, & le bien assurer pendant que l'enfant sort.

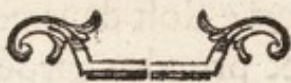
Dès que la Sage-femme apperçoit la tête de l'enfant derrière les grandes lèvres , que le périnée commence à faire faillie , & que le sommet de la tête franchit le cercle de la vulve, *Pl. VII. fig. 2.* , elle doit à chaque douleur bien soutenir le périnée & le pousser en arrière. Elle n'a rien à faire, lorsque la douleur cesse, sinon de lubrifier le vagin avec de la graisse, d'encourager la femme & l'engager par des paroles douces & amiables, à soutenir ses douleurs & ses efforts, & avoir les mains toujours prêtes, pour prévenir le déchirement du périnée, quand l'Accouchement est prompt.

Si la tête de l'enfant est engagée entre les grandes lèvres ou dans le cercle de la vulve, la Sage-femme posera ses pouces sur la partie supérieure & latérale de ces mêmes lèvres, pour soutenir la femme pendant les douleurs déterminantes; elle placera l'index, le doigt du milieu & l'annulaire entre les grandes lèvres & la tête de l'enfant, en les dirigeant de côté & d'autre du périnée, pendant qu'elle se sert des petits doigts pour soutenir & faire reculer la fourchette. Elle soulèvera par ce moyen la tête de l'enfant, & fournira un appui au périnée, comme elle voudroit s'opposer aux mouvemens expulsifs de la matrice. Il suffit quelquefois de soutenir le périnée du plat de la main & le pousser en arrière, pendant qu'on soulève la tête de l'enfant, au moyen de quoi, cette partie sort & tombe tout-à-fait dans la main.

Il arrive, lorsque la tête tombe dans le cercle de la vulve, que les grandes & les petites lèvres rentrent dans le vagin & disparaissent; la Sage-femme doit dans ce cas-ci agir avec beaucoup de circonspection & prendre garde de ne point embrouil-

ler ses doigts dans les poils qui les bordent. Lorsqu'elle le fait, elle cause à la femme des douleurs, qui lui font jeter les hauts cris, ce qui fait croire aux assistans, qu'on lui fait du mal, que la Sage-femme est une ignorante & va trop vite en besogne. Il est donc à propos, avant de commencer son ouvrage, qu'on arrange ces poils de côté.

Lorsque la tête de l'enfant est sortie, & que les douleurs ne sont pas assez fortes pour faire sortir les épaules, & qu'on s'apperçoit qu'elles sont arrêtées, la Sage-femme doit soutenir la tête avec la main & l'incliner un peu de côté, en évitant toutefois de l'élever si haut, qu'elles s'engagent près de l'angle que forme l'arcade des os pubis. Elle dégagera ensuite une épaule, en plaçant l'index sous l'aisselle & le pouce sur l'omoplate. Après avoir dégagé une épaule, elle changera de main pour soutenir la tête de l'enfant, elle la tournera du côté de l'épaule qu'elle a dégagée, pour dégager l'autre. Elle pose ensuite ses deux pouces sur les omoplates, & les index sous l'aisselle; elle rapproche ses mains pour soutenir la tête de l'enfant, & en tournant ou balançant son corps de côté & d'autre en l'approchant de la fourchette, elle le fait avancer jusqu'à que les fesses soient dehors, laisse tomber l'enfant sur son bras gauche, & elle coule le doigt du milieu de la droite entre les jambes jusqu'à la plante des pieds, qu'elle saisit, pour prévenir qu'ils ne s'accrochent au vagin, & pose l'enfant sur son giron, le visage tourné de son côté, de peur que les vuidanges ou d'autres accidens, ne lui empêchent la respiration. Voyez la Pl. IX. fig. 1, 2, 3 & 4. Lorsqu'on délivre la femme sur son lit, on doit placer l'enfant entre ses jambes, la tête tournée du côté de ses pieds, pour les mêmes raisons.



CHAPITRE XVII.

De la ligature du cordon ombilical.

*La saine physiologie
pouvoit-elle aller qu'on
longue par le cordon? quel organe
placenta est organe?*

UN enfant n'est pas plutôt né, qu'il commence, lorsqu'il est sain & fort, à respirer & à crier, & comme il n'a plus rien de commun avec la mère, on peut à l'instant lui couper le cordon ombilical, en observant les circonstances suivantes.

On prend quelques aiguillées de fil ou de soie cuite que l'on cire, avec lesquelles on lie le cordon à trois travers de doigt du nombril avec un simple tour que l'on arrête d'un double. On retourne ensuite le fil, & l'on fait sur le derrière un second double nœud. On serre assez pour arrêter le sang, mais pas trop, de crainte de couper le cordon. On coupe ensuite le reste du cordon à deux ou trois travers de doigt de la ligature.

Quelques Accoucheurs serrent d'abord le nœud légèrement, afin, qu'après avoir coupé le cordon, il en sorte une ou deux cuillerées de sang, après quoi ils achevent de le serrer.

Cet écoulement de sang est non-seulement nécessaire à l'enfant, lorsqu'il naît avec le visage enflé & bleuâtre, comme si on l'avoit étranglé, & qu'il paroît être menacé d'une suffocation, mais il est encore utile, si on peut ajouter foi aux promesses de quelques Médecins habiles; car ceux-ci prétendent que cet écoulement le garantit pour toujours de la petite vérole. Il contribue aussi à l'aisance de l'enfant, parce qu'il diminue la grosseur de la partie du cordon qui reste, & qui le gêneroit, si on la laissoit sur son ventre.

Le cordon coupé, on enveloppe l'enfant dans un linge

chauffé & apprêté à ce dessein, & on le remet entre les mains d'une garde.

Quelques-uns prétendent, que la ligature du cordon est inutile ; d'autres ne la font qu'après que l'arrière-faix est sorti ; mais comme cette ligature ne peut être nuisible à l'enfant, il est bien plus prudent de se conduire de la manière que j'ai dit ci-dessus.

Quelques autres coupent le cordon entre les deux ligatures ; mais cela est inutile, si ce n'est dans le cas des jumeaux, où cela sert à les distinguer l'un de l'autre.

C H A P I T R E X V I I I.

De l'extraction de l'arrière-faix ou placenta.

Après avoir remis l'enfant à une garde, la Sage-femme doit tout de suite avoir l'attention d'extraire l'arrière-faix.

Elle doit avant d'en venir là, examiner si l'enfant qui vient de naître est seul, ou s'il y a un second ; car s'il y a un second, elle doit attendre qu'il soit né avant de procéder à l'extraction de l'arrière-faix, à moins que ce dernier ne soit détaché & descendu dans le vagin.

La nature reprend ordinairement vigueur aussi-tôt après que l'enfant est né, avant de se débarrasser de l'arrière-faix, & le fait sortir, pour peu que la Sage-femme le tire par le cordon, ainsi qu'on le voit *Pl. VIII.*

Lorsqu'il ne sort pas par ces légères secousses, c'est une preuve que la matrice n'agit point, elle doit attendre qu'elle se resserre, ce qu'elle connoîtra, si elle fait attention aux circonstances dont je parlerai plus au long ci-dessous.

On connoît que la matrice se resserre de nouveau (*Pl. VIII. fig. 1. & 2.*) lorsque posant une ou deux mains sur le ventre de la femme entre le nombril & le pénil, on sent une espèce de boule charnue, qui descend dans le petit bassin. Lorsque cela arrive, & qu'il survient une petite douleur accompagnée d'un écoulement de sang, c'est une preuve qu'il est tems d'extraire l'arrière-faix.

Avant de l'extraire, on le laisse dégorger par la veine ombilicale, & on fait d'une main des frictions sur le bas-ventre de la femme, pour solliciter ou soutenir l'action de la matrice, & puis on prend le cordon de la main gauche, & après l'avoir tourné autour de deux ou trois premiers doigts de cette même main, on la ferme, & on le saisit de la main droite, l'index couché dessus jusqu'au vagin. Le doigt ainsi étendu, on le secoue de côté & d'autre, & en le tirant selon l'axe du bassin, pendant que la femme touffe, se bouche les narines, souffle dans ses mains, & fait des efforts, comme si elle vouloit aller à la selle, ce qui fait avancer l'arrière-faix dans le vagin. *Voyez la Pl. VIII. fig. 2.* On le saisit alors avec le pouce & l'index, & on le roule sur elle-même, afin de ramasser les membranes, & les tordre en manière de corde, & puis soutenant le périnée avec la main gauche, dans laquelle on le tire à soi, on le fait sortir avec les enveloppes qui l'accompagnent. *Voyez la même Pl. fig. 3.*

Au cas que l'arrière-faix ne sorte point, on doit le laisser, pour ne point fatiguer inutilement la femme, & se conduire comme je le dirai plus bas.

Après qu'on a extrait l'arrière-faix, il faut examiner s'il est entier & dans son état naturel. La Sage-femme doit aussi le montrer aux assistans, afin qu'ils s'assurent par eux-mêmes

qu'elle l'a extrait tout entier, & qui contribuera à établir & conserver sa réputation. *Voyez la fig. 4. de la même Planche.*

C H A P I T R E X I X.

De l'arrière-faix adhérent ou resté dans la matrice.

L'Arrière-faix peut aussi-bien être expulsé par l'opération seule de la nature après les Accouchemens laborieux & contre-nature, ou du moins avec la moindre assistance de la Sage-femme, qu'après ceux qui sont naturels. Il y a cependant des cas, tant après l'Accouchement naturel que contre-nature; tant après l'Accouchement laborieux que prématuré, où l'on ne peut l'extraire immédiatement après l'Accouchement, même par des tiraillemens peu ménagés, par le cordon ombilical.

Cet accident peut également provenir de la matrice & de l'arrière-faix; par exemple, d'une contraction convulsive de l'orifice de ce viscère & de sa tuméfaction; d'une inertie qui l'empêche de se contracter; d'une contraction convulsive d'une partie de son corps sur le placenta, qui le renferme comme dans une cellule, & de ses obliquités. Ce sont-là les causes que produit ce viscère.

Les causes qui dépendent du placenta sont: lorsqu'il est trop volumineux, ou qu'après l'Accouchement des jumeaux les deux placenta sont collés ensemble; quand il est tellement adhérent à la matrice, qu'il ne peut se détacher, ce qui arrive après l'Accouchement prématuré; lorsque ce corps n'est point attaché au fond, mais à une des faces latérales de la matrice; lorsque le cordon tient au bord extérieur du placenta, & enfin lorsque le cordon se détache de l'arrière-faix. Il faut dans
tous

tous ces cas examiner si le placenta est détaché totalement ou en partie, ou s'il est encore tout-à-fait adhérent à la matrice. C'est ce que l'on connoîtra, en introduisant la main dans ce viscère.

Si le placenta est totalement détaché, ce que l'on connoît par la perte de sang qui survient, par les tranchées utérines qui suivent, par la dureté & le peu de volume de la matrice contractée, & qui se fait sentir au-dessus des os pubis, il ne s'agit plus que de chercher la cause, pour laquelle il ne suit point, & de connoître l'endroit où il s'arrête, par exemple, si c'est dans le vagin, dans l'orifice de la matrice, ou s'il est enkisté dans une partie du corps de ce viscère.

Lorsqu'il s'arrête dans le vagin, & qu'on ne peut l'extraire en tirant légèrement le cordon, il y a lieu de croire, qu'il est enfoncé dans une cavité, & que la raison pour laquelle il ne suit point, est, que le cordon doit être tiré sur l'angle aigu que forme la fourchette.

Dans ce cas-ci, on introduira l'index de la main droite, qu'on a posé sur le cordon, en le tenant à plat le long de ce même cordon jusques dans le vagin, où l'on saisira le placenta avec le pouce & l'index, & on le tirera à foi, pour l'extraire à la manière comme ci-devant.

Si le placenta souffre un étranglement au sortir de l'orifice de la matrice, & qu'une hémorrhagie, ou tel autre accident oblige de l'extraire sans délai, on tâchera de le faire, en introduisant un ou deux doigts entre l'orifice de la matrice & le placenta, avec lesquels on dilatera le premier, en les tournant circulairement; après quoi on extraira le second avec le pouce & l'index. On prendra garde, en dilatant ainsi l'orifice, de ne point le déchirer, car il arrive quelquefois, faute de cette at-

rention, que la matrice s'irrite au point, qu'il est impossible de l'extraire par la contraction de cette dernière partie. Il faut dans ce cas-ci faire prendre l'opium, & attendre que ces contractions convulsives aient cessé.

Si le placenta est arrêté par la contraction convulsive d'une portion de la matrice, & se trouve enfermé comme dans un sac, de manière qu'on ne peut y atteindre avec le doigt, on appelle ce cas, un *placenta chatonné* ou *enkisté*, & lorsque le cordon se détache, on croiroit que le placenta n'existe plus dans la matrice, il faut avancer le doigt à l'entrée du chaton, la dilater & faire place pour un second doigt, & ensuite pour un troisième, & enfin pour toute la main, le saisir, le rouler & l'extraire. Dans le cas où on ne peut le faire facilement, on ne doit point fatiguer inutilement la malade & lui causer des contusions, mais recourir à l'opium, & attendre patiemment que les contractions convulsives cessent.

Il y a aussi des cas dans lesquels une partie du placenta se détache, & que l'autre est retenue dans la substance de la matrice par quelques vaisseaux sanguins, qui fait qu'on n'extraît qu'une partie, & que l'autre y reste implantée. J'ai dit ci-dessus, & je le repete, qu'il convenoit que la Sage-femme montrât le placenta en entier à ceux qui sont présens, pour leur prouver, qu'il n'en est rien resté; mais elle devoit encore se conduire avec la même circonspection après chaque Accouchement, tant pour sa propre satisfaction, que pour se tranquilliser & n'avoir rien à se reprocher.

Lorsqu'une partie du placenta reste dans la matrice, il vaut mieux laisser agir la nature, que d'irriter plus longs-tems ce viscère, en insistant à y introduire la main, ce qui est très-nuisible, & capable de causer la mort à l'accouchée.

Si le placenta est entièrement adhérent à la matrice, on ne doit point s'efforcer de le détacher, mais laisser agir pendant quelque tems la nature, jusqu'à ce qu'il se détache de lui-même, ce qui arrive ordinairement, lorsque la matrice se resserre. Il ne faut pas tirer non plus trop fortement le cordon, dont la raison est, que s'il étoit trop fort, il pourroit arriver qu'on tirât à foi la paroi interne de la matrice, & la faire sortir hors du vagin sous la forme d'un bonnet de nuit renversé.

Lorsque le placenta est détaché en partie, & qu'il survient une grande perte de sang, il faut détacher doucement l'autre, & l'extraire tout entier, afin que la matrice puisse se contracter, ce qui fait cesser pour l'ordinaire l'hémorrhagie, lorsqu'elle n'est pas causée par l'inertie de ce viscère.

Voici la manière de s'y prendre. On commence par rouler avec le petit doigt la portion du placenta, qui s'est détachée, vers la paroi de la matrice; on fait ensuite agir de la même manière le second, le troisième & enfin toute la main, au moyen de quoi on l'extraît, sans causer des contusions ou des déchirures à la matrice.

On doit agir de même, lorsque le cordon se rompt, & que le placenta est encore en partie adhérent à la matrice. Il est dans ce cas-ci un peu plus difficile de le reconnoître, mais on peut le distinguer par les indices suivans: sa face interne est parsemée de rayons vasculaires très-sensibles au tact, au lieu que celle de la matrice est lisse & polie; la femme ne sent presque pas les doigts lorsqu'on touche ce corps, & comme cette région de la matrice est plus molle & présente une épaisseur double, & même triple des autres endroits, on peut aisément connoître celui où est le placenta, en posant la main sur le ventre de l'accouchée; l'endroit le plus renitent & le plus dur, sera celui où il est placé.

On demande s'il faut, dans le cas où le placenta est tellement adhérent, qu'on ne peut absolument le détacher & l'extraire sans danger pour la femme, le laisser & s'en rapporter à la nature ?

La plupart des Auteurs anciens & modernes sont imbus d'un si mauvais préjugé à l'égard de cette question, qu'ils en ont fait une loi qui oblige la Sage-femme, sous peine de blesser sa conscience, d'extraire le placenta le plus promptement qu'il lui est possible. Ils ont même assuré, que les Accoucheurs agissoient contre le droit, le bon sens & la prudence, lorsqu'ils ne le faisoient pas, & s'en rapportoient à la nature; que cette opération ne la regardoit point du tout, parce qu'elle n'avoit pas assez de prudence pour la pratiquer comme il faut.

Le précepte de ces Ecrivains a fait une si forte impression sur l'esprit des Sages-femmes, qu'elles veulent, à quelque prix que ce soit, extraire l'arrière-faix, quoiqu'il ait, pour ainsi dire, pris racine dans la matrice.

Ce préjugé s'est répandu parmi toutes les femmes, & rien ne les inquiète davantage que l'arrière-faix. C'est pour cette raison, que les personnes qui s'intéressent à l'accouchée, pressent la Sage-femme de l'extraire sans délai, s'imaginant, lorsqu'elle ne le fait pas, que sa rétention doit lui causer la mort. Elles regardent avec estime celles qui l'extraient promptement, soit en entier, soit par morceaux, & méprisent celles, qui agissent prudemment, & qui observent les différens mouvemens de la matrice; mais à tort, car le cordon se rompt à force de le tirer, & en voulant détacher le placenta avec les doigts par violence, on blesse & on déchire les membranes qui tapissent le dedans de la matrice, une partie de l'arrière-faix reste dans ce viscère, d'où s'ensuivent des hémorrhagies, des

convulsions, l'inflammation, la gangrène & la mort de l'accouchée.

Personne ne doute, qu'après que l'enfant est né, on doit extraire l'arrière-faix, comme formant un corps étranger; mais il ne s'ensuit pas, pour les raisons dites ci-dessus, que la Sage-femme manque de bon sens, lorsqu'elle méprise les opinions des assistans qui sont imbus des préjugés dont j'ai fait mention ci-dessus. Je lui conseille par conséquent, au cas qu'elle veuille faire son devoir, de s'en rapporter à la nature, ou d'envoyer chercher un Accoucheur ou une Sage-femme plus versée qu'elle, vu que la vie, la mort de l'accouchée dépendent de son savoir ou de son incapacité.

Il s'ensuit de ce que je viens de dire, que tous les moyens qu'on emploie pour extraire l'arrière-faix, sont très-nuisibles, soit que l'accouchée coopère, soit qu'on lui prescrive des emmenagogues, des sternutatoires, des vomitifs ou autres remèdes semblables.

Lorsque l'arrière-faix est tellement adhérent à la matrice, qu'on ne peut l'extraire sans danger, le mieux est de s'en rapporter à la nature, & de lui donner le tems d'agir. Les avantages qu'on retire delà, sont 1.^o que pendant que l'accouchée repose, l'hémorrhagie diminue considérablement. 2.^o Que l'adhérence du placenta à la matrice, l'oblige à se resserrer de plus en plus. 3.^o Qu'il se détache peu à peu, au moyen de quoi le fond de la matrice recouvre insensiblement ses forces, & se resserre davantage, ce qui est cause que les orifices des vaisseaux sanguins se resserrent aussi, ce qui fait que le placenta se détache de la paroi de la matrice, & que par-là l'hémorrhagie est plus modérée. 4.^o Au moyen du secours que la nature procure à l'accouchée, celle-ci croit être délivrée, ne s'effraie

point, n'a aucune inquiétude sur son sort, au lieu qu'il arrive tout le contraire, lorsque la Sage-femme lui annonce, que l'arrière-faix est adhérent, & qu'elle est par conséquent obligée de le détacher & l'extraire. 5.^o L'accouchée supporte patiemment ses douleurs, elle n'épuise point ses forces, l'hémorrhagie diminue, &c.

Ces sont-là les principaux avantages qu'on retire, lorsqu'on abandonne l'arrière-faix qui est resté dans la matrice à la nature; mais en attendant que l'accouchée jouisse de sa tranquillité, on peut lui prescrire les anodins; l'opium, les potions oléagineuses, comme le lait d'amandes douces, &c. pour appaiser les mouvemens convulsifs & contre-nature qu'elle éprouve.

Au reste, on ne doit point tant s'inquiéter par rapport à la rétention de l'arrière-faix, puisqu'on a des exemples qu'il a resté quinze jours & même plus dans la matrice, sans aucune suite mauvaise. Ce corps étant privé de l'air, ne se corrompt pas si facilement, & quand même cela arriveroit, les accidens qui en résulteroient, seroient infiniment moins à craindre, que ceux dont j'ai parlé ci-dessus; car on a remarqué, en ouvrant les cadavres, que les femmes qui meurent d'une inflammation de matrice, accompagnée de la rétention de l'arrière-faix, sont celles sur lesquelles on a fait des efforts pour l'extraire, sans pouvoir y réussir.

C H A P I T R E X X.

Des soins qu'on doit avoir de la femme en couche.

L'Accoucheur ni la Sage-femme ne doivent point abandonner la femme en couche, non plus que son enfant, avant de leur avoir procuré, selon les circonstances, tous les secours possibles.

La matrice étant débarrassée de l'enfant & de l'arrière-faix, on lui doit tout de suite couvrir les parties naturelles avec un linge médiocrement chaud, qu'on place sous ses lombes, & après l'avoir passé entre ses cuisses, on le replie au dessus du basventre. Ce linge sert non-seulement à empêcher que l'air ne pénètre dans le vagin, mais encore à recevoir les immondices qui sortent de cette partie.

Au cas que l'Accouchement ait été laborieux, & que les parties soient blessées, enflées & enflammées, à cause de la violence qu'elles ont souffertes, l'on trempera un linge dans du vin blanc ou de la bière, dans la quelle on a fait fondre du beurre, ou dans une décoction faite avec de la sauge & du vin, ou telle autre chose semblable, qui ait une qualité détersive & propre à empêcher la putréfaction, avec la quelle on les baignera & couvrira ensuite.

On mettra sous le drap du lit, sur lequel le derrière de l'accouchée est posé, une peau de mouton, & sur celle-ci un linge en plusieurs doubles, pour recevoir les voidanges, & empêcher qu'elles ne gâtent son lit.

On baignera ce dernier, ou pour le moins, on aura soin que les draps soient bien secs; car le froid, l'humidité & la trop grande chaleur, arrêtent les voidanges & les font cailler promptement.

L'accouchée doit se tenir dans son lit, les cuisses fermées & les jambes étendues. On lui défendra de parler, & l'on aura soin de ne faire aucun bruit dans sa chambre, pendant qu'elle repose. Plusieurs ne veulent pas qu'elle dorme, après avoir accouché, à cause des accidens que peut occasioner l'hémorragie lorsqu'elle est trop abondante; mais comme le sommeil est

le meilleur moyen pour rétablir les forces qu'elle a perdues, on ne doit point l'empêcher de dormir. La garde doit se tenir auprès de son lit, & observer, si elle ne perd pas trop, ce qu'elle connoitra à son pouls, à la couleur de son visage, & en visitant les linges & les draps, sur lesquels elle est couchée.

Pendant que les premières vuidanges coulent, on doit souvent changer son linge, & dans la suite, au moins deux fois par jour. La raison en est, qu'elles se corrompent en peu de tems, à cause de la chaleur du lit, & répandent une mauvaise odeur, qui nuit beaucoup à l'accouchée. On doit encore lui laver & baigner la vulve & les parties contigues, avec de l'eau tiède & du lait.

Au cas qu'elle aime la propreté, elle prendra une chemise fort courte, ou sa chemise ordinaire, qu'elle relevera jusqu'au nombril, & couvrira le reste de son corps avec un tablier, au moyen de quoi, elle pourra changer de linge aussi facilement & aussi promptement qu'elle le jugera à propos.

S'il lui prend envie de dormir, on aura soin de ne point faire du bruit; on fermera la porte & les volets des fenêtres, & l'on priera ceux qui sont dans sa chambre, de garder le silence.

La chambre dans laquelle elle couche ne doit pas être trop éclairée. Un froid excessif, & une trop grande chaleur sont également nuisibles, & peuvent occasionner une inflammation de matrice & de poitrine.

Le genre nerveux, sur-tout dans les femmes en couche, est fort susceptible d'irritation; c'est pourquoi, il ne faut jamais les mettre en colère, ni les chagriner, ni leur causer trop de joie, vu que toutes ces affections de l'ame peuvent leur causer la mort.

L'acc-

L'accouchée, à commencer du moment que les vuidanges paroissent, jusqu'à celui que la fièvre de lait cesse, ne doit prendre d'autre nourriture que du bouillon & de l'eau panée, qu'on lui donnera toutes les trois heures. Celles qui sont foibles ou qui ont souffertes une grande perte, prendront un bouillon plus nourrissant. Après que la fièvre de lait aura cessé, elle pourra manger de la viande blanche & des alimens farineux.

La meilleure boisson dont elle puisse user, est l'eau, le thé ou la tisane, mais elle ne doit pas la boire froide. Après que la fièvre de lait a cessé, on lui donnera de la bière, du vin coupé avec de l'eau, sur-tout quand elle y est accoutumée, mais elle boira le matin & le soir quelques tasses de thé ou de la tisane, pour entretenir la transpiration.

On lui donnera, lorsqu'elle voudra uriner & aller à la selle, un bassin qu'elle puisse mettre dans son lit, pour empêcher qu'elle ne se refroidisse en se levant. Au cas qu'elle n'aille point à la selle pendant les premières 24 heures, on lui donnera un lavement composé avec du lait, de l'huile & du sucre. Ce lavement lâchera & diminuera la fièvre de lait.

Si elle allaite son enfant, elle aura la précaution, sur-tout pendant les quinze premiers jours, de couvrir ses mamelles avec une serviette pliée en quatre, & de les soutenir avec son corset. Les linimens, les emplâtres, les huiles, les décoctions, les fomentations, &c. sont très-nuisibles & occasionnent les dépôts laiteux des mamelles.

Les femmes qui n'allaitent point leurs enfants, doivent pareillement avoir soin de bien couvrir leurs mamelles, & s'abstenir de tous les alimens trop nourrissans, jusqu'à ce qu'elles aient perdu leur lait. Elles doivent aussi les garantir de l'air, & ne pas trop les manier, sur-tout lorsqu'elles ont les mains froides, de peur de

faire cailler leur lait. Le meilleur moyen de le faire passer, est de les tenir chaudement, & de s'abstenir des alimens qui sont trop nourriffans. Tous les autres sont nuisibles & dangereux.

Une accouchée ne doit user d'aucun remède, tant qu'elle se porte bien. Au cas que les tranchées utérines augmentent, on lui donnera quelque potion anodine; car l'huile d'amande douce ne convient pas à tous les estomacs.

Quelques femmes mettent autour de leur corps une serviette en travers, qu'elles nouent par le devant, soit par coutume, soit dans la croyance de prévenir le trop grand écoulement des vuidanges, & de fortifier leurs corps; mais les nœuds dont je viens de parler, peuvent nuire à bien de femmes. Il vaut mieux se servir d'une serviette, ou d'une nappe pliée en quatre ou cinq doubles, que l'on fait bien chauffer, & qu'on applique sur le ventre de l'accouchée & qu'on assure avec quatre épingles. On ne doit pas trop la ferrer, parcequ'elle pourroit causer à l'accouchée une oppression, un vomissement, des insomnies & autres accidens semblables.

L'accouchée peut se lever le 5^e ou le 6^e jour, au cas qu'elle se porte bien, & que la fièvre de lait ait cessé, pourvu qu'elle ait la précaution de se garantir du froid.

Plusieurs accouchées sont dans l'usage de se purger après qu'elles ont relevé de couche, quoiqu'elles se portent parfaitement bien; mais elles ne doivent point le faire, sans avoir consulté un Médecin.

Une femme qui relève de couche, ne doit point s'exposer trop prématurément à l'air ni sortir de sa maison, comme pour aller à l'Eglise, jusqu'à ce que l'écoulement ait cessé. Un air

tempéré ne peut cependant lui nuire. Elle ne doit pas non plus approcher trop tôt de son mari, & plusieurs femmes qui l'ont fait, s'en sont mal trouvées.

C H A P I T R E X X X.

Des soins qu'exige l'enfant.

LA Sage-femme, après avoir délivré la mère, doit donner tous ses soins à l'enfant qu'elle a mis au monde. Comme cet article est de la dernière importance, & renferme un assez grand détail, je vais le traiter au long, & le plus exactement qu'il me sera possible, à commencer du moment que l'enfant est né.

Lorsque ce dernier est foible, pâle & blême au visage après sa naissance, ne donnant aucune marque de vie, on doit bien se garder de lier le cordon; la raison est, que si le placenta n'étoit pas détaché de la matrice, la circulation du sang entre la mère & l'enfant pourroit s'entretenir. Cette précaution est inutile, & qui plus est nuisible, lorsque le placenta est détaché, parceque le sang des artères peut bien se rendre dans le placenta, mais non point passer de celui-ci à l'enfant par la veine ombilicale. Il y a des gens qui enterrent le placenta dans de la cendre chaude, ou qui le couchent sur le ventre de l'enfant; mais c'est-là un abus, qu'on a rejeté plus d'une fois. Le premier moyen est inutile, & le second nuisible, en ce qu'il empêche l'enfant de respirer.

On commence par laver l'enfant avec du vin chaud; on lui chatouille le nez avec une plume; on lui nettoie la bouche avec de petites tentes, ou avec le doigt; on lui met du sel

dans la bouche; on lui souffle dans celle-ci pendant qu'on ferme ses narines; on souffle de l'air dans l'intestin rectum; on lui donne un lavement, dans lequel on met quelques grains de sel; on lui frotte la plante des pieds avec une brosse; on frotte aussi ses extrémités avec un linge chaud; on lui comprime doucement le ventre avec la paume de la main; on lui applique de l'eau chaude sur la poitrine, &c. Lorsqu'il donne des signes de vie, on peut faire la ligature du cordon ombilical & le couper. Tous ces moyens ne sont indiqués, que lorsque l'enfant est dans un état d'asphyxie, ci-dessus mentionné.

Lorsqu'au contraire l'enfant a le visage bleuâtre & noirâtre, comme si on l'avoit étranglé, il faut au lieu de l'irriter, comme dans le cas précédent, couper le cordon ombilical, dans l'endroit où l'on a coutume de le faire, & laisser couler une ou deux cuillerées de sang; après quoi, s'il ne donne encore aucun signe de vie, & qu'il ait le visage pâle, il faut lier le cordon, & répéter les moyens indiqués dans le premier cas ci-dessus.

Lorsqu'il naît la tête enfermée dans ses enveloppes, il faut les ouvrir à l'instant, pour lui donner la facilité de respirer.

On détache ensuite la saleté, la mousse blanchâtre qui s'est amassée sur son corps, & sur-tout sur son dos, dans les plis des bras & jambes, sur son menton, derrière les oreilles, &c. avec un peu de beurre frais fondu dans de la bière, comme la meilleure favonade, dans laquelle on trempe un morceau de flanelle. D'autres emploient du vin blanc chaud, ou telle autre liqueur favoneuse, ce qui revient au même, pourvu qu'elle n'offense point les yeux par son âcreté.

Cela fait, on visite avec soin le corps de l'enfant, pour voir s'il n'a pas quelque défaut, par exemple, l'état de l'anus, celui

de la verge dans les garçons , & de la vulve dans les filles , pour s'assurer que ces parties sont ouvertes. S'il n'a pas des parties doubles , comme six doigts , &c. s'il en a trop peu ou des difformes ; s'il n'a pas des tumeurs à la tête ou sur d'autres parties de son corps ; s'il n'a point d'extrémité fracturée , disloquée ou blessée ; si l'on découvre des taches ou autres difformités , qu'on doit annoncer aux parens ou aux Chirurgiens.

Après qu'on a bien lavé & essuyé l'enfant , on enveloppe la partie du cordon , qui tient au nombril , avec un morceau de linge , en observant de tourner son extrémité en haut. On le couvre avec une autre petite compresse , & l'on applique dessus un bandage large de quatre travers de doigt , qu'on arrête avec des épingles.

Après quoi , la Sage-femme ou la garde emmaillottent l'enfant , & cela de différente façon , selon le pays , l'état & le rang de ceux à qui il appartient. On a sur ce sujet différens préjugés , qu'il est très-difficile de changer. L'opinion générale des femmes est , que pour que l'enfant croisse droit & profite en croissant , on doit le tenir tout de son long & le plus chaudement qu'il est possible , dans ses maillots. Pour cet effet , elles l'enveloppent dans des langes , qu'elles ont soin de bien ferrer en roulant une bande autour ; ce qui est un abus , qui cause les plus grands malheurs. Ces langes compriment les parties extérieures du corps , qui sont faillie , & les empêchent de se développer & de croître , tandis que les autres qui sont courbées en dedans ou enfoncées , & que ces langes ne compriment pas , augmentent & poussent en dehors ; delà proviennent les grandes têtes , les épaules étroites , les poitrines ferrées , les bras mal-tournés , les petites hanches , les genoux de travers , les jambes tortues , les pieds tors , les

bassins ferrés &c., enfin plusieurs incommodités, qui nuisent à sa santé. La joie que témoignent ces petits individus toutes les fois qu'on le démaillotte, & les cris qui font, quand on les remaillotte, sont une voix à la quelle une sotte & malheureuse coutume a rendu les hommes sourds.

Ces langes dans lesquels on les emmaillotte, outre qu'ils font perdre beaucoup de tems aux gardes, leur inspirent une certaine paresse qui les porte à les renouveler le moins souvent qu'elles peuvent, ce qui est cause, que l'enfant souffre davantage & crie souvent pendant des heures entières, étant couché dans ses ordures. L'âcreté de l'urine perce sa peau & écorche ses parties. Les douleurs continuelles qu'il souffre, font qu'il se remue & s'agite sans cesse pour se débarrasser & jouir de la liberté.

Il est fâcheux pour l'humanité, qu'on ne puisse pas faire abandonner aux gardes cette sotte manière d'emmailloter les enfans. On les tient constamment ferrés, au lieu de les laisser libres, pour qu'ils aient le corps droit. On ne remarque point des difformités parmi les animaux, parceque leur corps s'accroît en pleine liberté, étant entièrement abandonné à la nature.

Les langes & les maillots sont nécessaires pour couvrir l'enfant, mais ils doivent être lâches & peu fermés, pour qu'ils ne compriment ni son corps ni ses entrèmités, lui laissent la liberté de se remuer autant qu'il veut.

On lui met un béguin, qu'on attache avec des épingles ou un ruban, observant de ne le pas trop ferrer, de crainte d'intercepter la circulation du sang, & de le suffoquer. C'est au dessus du béguin, qu'on attache le bonnet. Comme la Fontanelle exige plus de chaleur, on peut la couvrir avec un linge

mol plié en double, qu'on attache au béguin; & après lui avoir mis sa chemise & sa camifole, on l'enveloppe dans des linges mols & secs, sur lesquels est le maillot qu'on serre avec des rubans cousus sur les bords, mais de façon, qu'il ait la liberté de mouvoir ses membres.

Après avoir couvert l'enfant avec toutes les précautions que l'on peut, on le couche dans son berceau sur l'un ou l'autre côté, la tête un peu élevée, pour faciliter l'écoulement de la bave qu'il rend par la bouche, & qui pourroit le suffoquer. On doit le coucher alternativement sur l'un & l'autre côté, pour qu'il ne prenne pas de mauvaise habitude.

On doit placer le berceau de façon, qu'il ne soit pas directement en face du jour. Les enfans ont les yeux très-tendres, & on risqueroit en les exposant à une lumière trop forte, de leur affoiblir la vue.

On ne peut nuire à l'enfant en le berçant, quand on le fait modérément & uniquement pour l'égayer ou l'endormir; ce mouvement facilite la digestion; mais il est dangereux de le bercer trop fortement, car cela peut lui causer un vomissement, & une commotion dans le cerveau.

On couvrira son berceau d'une toile, ou d'une pièce de mouffeline, pour empêcher que les cousins, les mouches & les autres insectes ne l'incommodent.

On doit l' laisser dormir un enfant aussi longtems qu'il veut. Rien ne lui nuit plus que de l'éveiller à contre-tems, comme le font quelques mères idiotes pour les montrer & les laisser caresser à leurs amis.

La chambre dans laquelle l'enfant couche, doit avoir un air

pur & tempéré, c'est-à-dire, ni chaude, ni froide, ni humide. On évitera de placer son berceau trop près du feu d'un poêle & d'une porte, à cause des vents coulis.

Comme l'enfant est sujet à uriner souvent & d'avoir des selles, il faut changer souvent ses linges, & le bien laver, pour le garantir des rougeurs, des cuissos, qui l'excorient souvent, & lui causent des douleurs, qui le font crier. Outre cette précaution, il faut le laver au moins deux fois par jour, surtout dans les plis des cuisses, avec une petite éponge, & appliquer du vieux linge bien souple dans ceux du cou, de même que dans ceux des aisselles & derrière les oreilles, à cause des rougeurs que la mal-propreté occasionne. Quelques-uns emploient pour les rougeurs & les écorchures, de la poudre à poudrer, de la farine ou de la poussière de bois vermoulu; mais il vaut mieux ne point employer ces dessicatifs, car ils arrêtent la transpiration âcre, ce qui donne naissance à plusieurs autres maladies.

La portion du cordon ombilical resté au nombril, se dessèche pour l'ordinaire au bout de six ou sept jours, & se détache d'elle-même du nombril. On doit avoir l'attention de ne point la tirer trop fort, de peur d'occasionner une hémorrhagie, une inflammation & une hernie. Après que le cordon est tombé, on applique comme ci-devant une compresse sur le nombril, & sur celle-ci le bandage. On doit laisser long-tems ce dernier, sur-tout lorsque les enfans sont sujets à crier, pour prévenir la hernie.

Il faut bien se garder, ainsi que quelques-uns le font imprudemment, de déchirer le filet dessous la langue avec leurs ongles; car ce moyen a plus d'inconvéniens qu'on ne pense. Il occasionne souvent une tumeur & une inflammation, qui
em-

empêchent le mouvement de la langue, de manière que l'enfant ne peut plus tetter & meurt faute de nourriture. On doit encore le couper avec beaucoup de précaution, de crainte de causer une hémorrhagie, dont l'enfant seroit la victime. On a lieu de croire que le filet est trop long, lorsque l'enfant ne peut ni crier, ni tirer sa langue, ni tetter, dont la raison est, qu'il s'étend jusqu'au bout de cette partie. Dans ce cas-ci, il faut le couper avec de bons ciseaux, dans l'endroit où il doit l'être. Il ne faut pour faire cette opération, que la lever, pendant que l'enfant a le visage tourné du côté du jour, pour connoître où il est, & jusqu'à quel point on doit le couper.

Au cas que la mère ne veuille ou ne puisse pas allaiter son enfant, & qu'elle le confie à une nourrice, celle-ci ne doit point lui donner à tetter, avant que l'estomac & le conduit intestinal y soient préparés par la décharge du méconium. Si cependant la mère a du lait, & qu'elle veuille nourrir son enfant, elle doit lui donner à tetter peu de tems après qu'elle a accouché, car ce premier lait, qu'on appelle *colostrum*, est destiné à agir sur les intestins de l'enfant, comme un léger purgatif capable de délayer les mucosités épaisses qui se trouvent dans son estomac, & d'entraîner par les selles les matières noires, auxquelles on a donné le nom de *méconium*. C'est donc un grand abus de croire, que l'enfant ne peut pas tetter avant les 24 heures après sa naissance, parce que le lait le dégoûte.

C H A P I T R E X X I I .

Manière de soigner l'enfant depuis le moment de sa naissance, jusques au tems qu'on le sèvre.

LA sagesse toujours attentive à la propagation de l'espèce humaine, a disposé la femme de manière, qu'aussi-

tôt qu'elle est mère, elle est en état d'allaiter son enfant. Le lait se porte dans ses mamelles, dès qu'il est entièrement formé, & sur le point de venir au monde. Par conséquent, lorsqu'une femme se porte bien, & que rien ne l'empêche d'allaiter son enfant, la loi de la nature l'oblige de le faire. La raison en est, que ce lait lui ayant servi de nourriture pendant qu'il a été enfermé dans son sein, & y étant accoutumé, il lui convient infiniment mieux, que celui d'une nourrice ou de tel autre animal que ce puisse être. J'ajouterai, qu'une mère qui allaite son enfant, se débarrasse du lait superflu, qui peut lui causer plusieurs maladies dangereuses. Plusieurs sçavans Ecrivains ont traité ce sujet si à fond, qu'il est inutile que je m'y arrête, d'autant plus, qu'il intéresse davantage les femmes riches, qui ont des livres pour s'en instruire, que celles du commun, & particulièrement celles de la campagne. Je vais indiquer les cas qui empêchent absolument les mères d'allaiter leurs enfans, ce qui les oblige par conséquent de leur donner une nourrice.

Elles ne peuvent absolument se passer de cette dernière, lorsqu'elles n'ont point de mamelons, ou qu'ils sont trop petits ou trop rentrés en dedans. On peut remédier à cet inconvénient par l'usage d'une pompe, ou tel autre instrument. Lorsqu'elles ont une inflammation, un squirrhe, un cancer aux mamelles; qu'elles sont trop maigres, trop grasses ou trop grosses. Lorsque les vaisseaux laiteux se bouchent d'eux-mêmes, ou parce que le lait est trop épais, & n'en donnent point du tout, ou que très-peu.

Il y a des cas où l'allaitement peut être nuisible à la mère ou à l'enfant, ou à tous les deux ensemble; par exemple, lorsque la mère est pulmonique, ce qui la rend sujette à la toux & à un crachement de sang; & si cette maladie existoit avant l'Ac-

couchement, elle peut augmenter par l'allaitement ou au moins devenir nuisible à l'enfant.

Lorsque la mère est sujette à quelque maladie héréditaire, telles, que la goutte, le mal caduc, la mélancolie, le rachitis, les écrouelles, &c. parce que ces maladies se communiquent aisément à l'enfant. On ne doit pas compter la vérole parmi ces maladies, parce qu'on peut s'en guérir aussi-bien que son enfant avec le mercure dans le tems qu'elle allaite.

Lorsqu'elle est attaquée de quelque maladie dangereuse, ou qu'elle n'est pas encore remise de celle qu'elle a eue; qu'elle a quelque maladie des nerfs & des vapeurs.

Lorsqu'elle devient enceinte, parce qu'elle causeroit la mort à l'enfant qu'elle a dans son sein; outre que son lait devien-droit nuisible au nourrisson.

Enfin elle ne peut se passer d'une nourrice, lorsque son lait est trop clair, trop épais ou trop âcre, & qu'on ne peut le dépouiller de ces mauvaises qualités.

Lorsqu'on voit, qu'une femme n'est point en état d'allaiter son enfant, on doit aussi-tôt lui chercher une nourrice, en quoi on ne peut se conduire avec trop de prudence, à cause du trésor qu'on lui confie.

C H A P I T R E X X I I I .

Du choix d'une nourrice.

IL faut, lorsqu'on choisit une nourrice, s'informer de son âge, de sa constitution, du tems qu'elle a accouché, de sa

santé, de son caractère, de son genre de vie, & en outre, examiner l'état de ses mamelles, de ses mamelons & la qualité de son lait.

Le meilleur âge pour une nourrice, est celui depuis 20 jusqu'à 25 ans. Le lait d'une nourrice trop jeune ou trop vieille, n'est point assez nourrissant.

Elle doit être d'une bonne santé, passablement musculeuse, sans être trop grasse; celles qui sont trop grasses ou trop maigres, n'ont communément pas assez de lait. On doit la choisir d'une taille moyenne & bien proportionnée; d'un tempérament sanguin, avec les cheveux noirs, le teint vermeil, les yeux vifs, & d'un regard agréable.

Si la nourrice est accouchée en même tems que la mère, elle peut, sans différer, présenter la mamelle à son nourrisson; mais si son lait est vieux, il ne tettera point qu'après que le méconium sera évacué, ce qui n'arrive qu'au bout de 4 ou 5 jours.

Les mamelles de la nourrice doivent être d'une grosseur moyenne & un peu molles. Celles qui sont trop grosses & trop dures, ne donnent point assez de lait. Elle doit aussi pouvoir allaiter avec les deux mamelles.

Les mamelons ne doivent être ni trop gros, ni trop petits, ni trop rentrés en dedans, il y en a cependant qui grossissent & s'allongent à force de donner à tetter à l'enfant.

On doit ensuite examiner la quantité & la qualité de son lait. Pour connoître sa quantité, on suce tout le lait, & on observe en combien de tems ses mamelles sont de nouveau

remplies. On observera que le lait de jeunes nourrices devient de jour en jour plus abondant, sur-tout, lorsqu'elles usent d'une meilleure nourriture.

Le lait ne doit être ni clair, ni épais, ni âcre. On connoitra ces qualités à son goût, à son odeur & par l'épreuve. Pour être bon, il doit être doux & de bon goût, sans aucune odeur. Sa couleur doit être parfaitement blanche; celui qui a une couleur bleuâtre, est aqueux, & celui qui est jaunâtre, est vieux & gâté.

L'épreuve du lait pour connoître s'il est trop clair ou trop épais, se fait de la manière suivante: on en laisse tomber quelques gouttes sur l'ongle ou sur le bord d'un verre, & lorsqu'en tournant l'ongle ou le verre il ne tombe point & y reste attaché, c'est une preuve, qu'il est trop épais & trop gras; s'il écoule au contraire trop promptement, c'est un signe, qu'il est trop clair ou aqueux, & par conséquent peu nourrissant; mais il est bon, lorsqu'il reste sur l'ongle, tant qu'on tient la main horizontalement, & ne tombe que lorsqu'on la penche. Quelques-uns en versent une partie dans du vinaigre pour le faire cailler, & jugent s'il est épais ou clair par le plus ou le moins de caillebottes qu'il forme. D'autres en laissent tomber quelques gouttes dans un verre plein d'eau; tombe-t-il au fond, il est trop pesant; s'il forme des filets, il est trop gluant; s'il nage dessus, trop épais; s'il forme un nuage, il est bon.

On doit prescrire à la nourrice un régime de vivre selon la qualité de son lait. S'il est trop épais, elle doit user d'alimens qui l'atténuent; s'il est trop clair, d'alimens plus succulens & plus nourrissans.

Si l'on découvre en elle quelque maladie, on ne doit point

la prendre, eut-elle le meilleur lait & la plus belle gorge du monde. On doit sur-tout bien examiner, si elle n'a point de fleurs blanches, des cicatrices ou autres marques de vérole; par exemple, des ulcères véroliques, des squirrhés, des poulains, &c.; car la maladie vénérienne est aujourd'hui très-commune chez les nourrices. On peut aussi être aisément trompé par des filles malicieuses, sur-tout quand elles sont informées du jour & l'heure de la visite. Elles ont alors soin de laver leurs parties, de mettre un morceau d'éponge dedans, & de changer de chemise; la Sage-femme doit donc bien examiner le vagin & la circonférence de la vulve, & bien observer les taches de la chemise, sur-tout, lorsqu'elle la visite inopinément & à son insu. On doit aussi interroger les voisins, qui connoissent la nourrice, sur son état & sa conduite. La vermine à la tête & aux parties, &c. rendent la nourrice suspecte, comme aussi la puanteur de l'haleine, ce qui est pour l'ordinaire un symptôme du scorbut ou de la vérole, lors sur-tout, qu'elles ont les dents noires & gâtées.

Les nourrices mélancoliques, colériques, sujettes à boire, non plus que celles qui sont paresseuses, & qui aiment à dormir, ne sont pas bonnes pour cet état, il faut en choisir qui aient des bonnes mœurs, de la compassion, de la droiture & de la franchise. Il faut sur-tout s'attacher à connoître leur naturel, parce qu'il influe beaucoup sur les enfans dont elles se chargent.

Telles sont les qualités auxquelles on doit s'attacher, lorsqu'il est question de choisir une nourrice.

Il arrive quelquefois, après avoir pris une nourrice, qu'on est obligé de la renvoyer & d'en prendre une autre. Ce chan-

gement devient nécessaire, lorsqu'elle devient enceinte, car pour lors son lait diminue ou devient dégoûtant au nourrisson. Lorsque ses ordinaires la prennent & que l'enfant devient malade; si cependant ce dernier se porte bien durant ce période, il est inutile de la changer; mais on doit le faire, lorsqu'il lui vient du mal aux mamelles, ou qu'elle est attaquée de quelque maladie dangereuse.

Ce sont-là les principales raisons qui obligent d'échanger les nourrices. Quant à leur régime, on ne doit point leur faire quitter celui auquel elles sont accoutumées, parce que cela pourroit nuire à leur santé, & à celle de leurs nourrissons. Les paysannes ont ordinairement coutume de faire usage des herbes potagères, qu'elles savent être saines & avantageuses à leurs nourrissons. On se trompe lourdement, lorsqu'on croit que le bouillon gras & la viande nourrissent davantage & augmentent la bonne qualité du lait; l'un & l'autre l'altèrent au contraire. Le lait de cette nature peut causer à l'enfant des vomissemens, des cours de ventre, la fièvre & d'autres accidens qui le tuent.

La nourrice doit s'abstenir de tous les alimens difficiles à digérer, & qui comme tels, ne peuvent engendrer un bon lait. Je mets de ce nombre, les fruits qui n'ont pas acquis leur maturité; le fromage vieux, les viandes salées, épicées, fricassées & enfumées. Le vinaigre en général est contraire au lait, de même que les liqueurs fortes & spiritueuses. La boisson qui convient le plus aux nourrices est le thé, & au cas qu'elles y soient accoutumées, quelques verres de bière à leur repas, pourvu qu'elle ne soit pas trop vieille, ni âcre, ni trop jeune. On doit user de la même précaution à l'égard du vin.

L'exercice est une chose absolument nécessaire; mais la nour-

rice doit avoir soin, lorsqu'elle se sent trop échauffée, de ne point présenter la mamelle à son nourrisson, parce que son lait, qui l'est aussi, pourroit lui faire du mal.

Le défaut d'exercice n'épaissit pas moins le lait, c'est pourquoi elle doit en user, pourvu qu'il soit modéré.

La nourrice doit dormir autant qu'il le faut pour rétablir ses forces ; mais ne pas pousser son sommeil trop loin, celui-ci étant aussi nuisible au lait, que les longues veilles. Elle doit bien se garder de faire coucher son nourrisson avec elle, à cause des suites fâcheuses que cela peut avoir. J'en ai parlé fort au long dans l'introduction, qui est à la tête de cet ouvrage.

Elle nuit pareillement à l'enfant, lorsqu'elle veille trop tard dans la nuit ; elle doit accoutumer son nourrisson à tetter à des heures réglées, afin qu'elle ait le tems nécessaire pour dormir.

Lorsque la nourrice est affectée de quelque passion violente, telle qu'une frayeur, une colère, &c. on doit lui traire les mamelles, & ne lui permettre de donner à tetter à son nourrisson, qu'après qu'elle est apaisée & calme.

Voilà la véritable ébauche des qualités, que doit avoir une mère ou une nourrice, pour nourrir un enfant nouveau-né. Voyons maintenant les règles qu'elles doivent observer pour le bien soigner.

CHAPITRE XXIV.

Manière de nourrir l'enfant & des soins qu'on doit lui donner.

LE lait de la femme accouchée, est la nourriture la plus naturelle que l'on puisse donner aux nouveaux-nés ; elle peut

peut leur suffire pendant long-tems : il est même bon de les régler dès les premiers jours de leur vie, & de ne leur donner à tetter qu'à certaines heures, en petite quantité d'abord, & toujours en augmentant, à mesure que leurs organes se développent & se fortifient.

C'est une coutume aussi mauvaise que nuisible aux enfans, que de leur présenter la mamelle aussi-tôt qu'ils crient, dans la croyance que la faim est la cause de leurs cris : cette fausse persuasion fait qu'on prodigue au nourrisson un aliment qui surchargera bien-tôt son estomac, & fera rejeté par le vomissement, après avoir procuré une tranquillité apparente & momentanée. Souvent aussi, les enfans ne s'impatientent que par rapport à la mal-propreté, & les ordures dans lesquelles on les laisse. Une mère attentive saura bien distinguer les clameurs de la faim, du cri de la douleur que causent les tranchées & la dentition : elle observera s'il y a plus de deux heures que son enfant n'a tété ; & dans ce cas, elle présentera son sein à ses lèvres empressées. Les cris que fait un enfant lorsqu'il a faim, sont suivis, & non interrompus ; ceux, au contraire, que causent les tranchées, sont plaintifs, tantôt plus aigus, tantôt ils le sont moins. Outre ce signe, on observera que l'enfant aura le ventre un peu enflé, sensible & dur : qu'on s'abstienne alors de présenter le mamelon. Lorsque ces cris durent trop long-tems, on doit chercher à en connoître la cause, & à y remédier.

On ne doit jamais éveiller l'enfant pour lui donner à tetter ; comme il dort presque toujours pendant les deux premiers mois de sa vie, il ne faut point troubler son repos. Quand on manque à cette règle, il arrive souvent que les enfans crient long-tems, sans se rendormir.

J'ai dit ci-dessus que le lait de la mère peut suffire aux enfans pendant long-tems; ils pourroient même se passer de toute autre nourriture, jusqu'après la poussée des dents; mais on est dans l'usage condamnable de bourrer les enfans de bouillie, & autres alimens indigestes & mal-sains; c'est de cette source, que dérive la plûpart des maladies auxquelles l'âge tendre est ordinairement en proie.

Lors cependant qu'une mère n'a pas assez de lait pour fournir à la nourriture de son enfant, & qu'elle fût obligée d'avoir recours à un autre aliment, pour suppléer au défaut de son lait, elle pourroit faire une bouillie claire avec de la mie de pain bien cuite, qu'elle fera bouillir avec de l'eau seule ou mêlée avec du lait de vache & un peu de sucre, observant de ne point lui surcharger l'estomac, & de ne point lui en donner trop à la fois.

D'autres donnent à leurs enfans, quand ils ne tettent point, du lait de vache, qui est celui de tous les animaux à mamelles le plus convenable & le plus facile à obtenir.

Lorsqu'on se sert de ce dernier, il faut y mettre un tiers d'eau, pour qu'il soit plus clair, & plus facile à digérer, & le faire un peu chauffer, pour qu'il approche plus de celui de la mère. On met ce lait dans une phiole à long col, & plate, pour pouvoir la mettre dans son sein & entretenir sa chaleur. On attache à son goulot un petit morceau d'éponge en forme de mamelon, pour que l'enfant puisse tetter plus aisément. On met un peu de sucre dans le lait, pour empêcher qu'il ne s'aigrisse; car si cela arrivoit, il faudroit bien se garder d'en donner à l'enfant. On aura soin de renouveler souvent le morceau d'éponge, & de bien rincer la phiole. Comme le lait de vache

est moins nourrissant que celui de la mère, on donnera de tems en tems à l'enfant quelques cuillerées de la bouillie, dont j'ai parlé ci-dessus. On aura soin de ne pas la réchauffer plusieurs fois, de crainte qu'elle ne s'aigrisse, & de bien nettoyer le poëlon dans lequel on l'a fait.

Plusieurs femmes emploient différens autres alimens pour nourrir leurs enfans après les avoir sevré; mais elles doivent observer de ne leur donner que ceux que la nature leur indique, comme les plus sains & les plus salutaires.

La marque la plus sûre qu'un aliment fait du bien à un enfant, est, lorsqu'il est analogue avec son goût. Tout ce qu'il lui répugne, lui est contraire, & il n'est jamais assez repu, lorsqu'il ne le donne point à connoître par la gaieté qui paroît sur son visage & ses folâtreries. On peut alors être assuré qu'il se porte bien. Lors au contraire qu'on le nourrit avec des alimens salés, aigres & âcres, il arrive tout le contraire: on altère sa santé & on corrompt la masse du sang, ce qui le rend sujet à plusieurs maladies.

Les nouëts ou tampons de bouillie, appelés en Flamand *Mondstopzels*, que quelques mères mettent dans la bouche de leurs enfans, pour les amuser, sont très-dangereux, non-seulement parce que l'enfant peut les avaler & suffoquer, mais à cause qu'ils s'aigrissent, ce qui ne peut que lui être très-nuisible.

Il arrive quelquefois que l'enfant, n'ayant pu digérer la nourriture qu'il a prise, tombe le soir & pendant la nuit dans des inquiétudes & des agitations, qui le font crier, ce qui interrompt le sommeil de sa nourrice: celle-ci qui veut dormir, & qui ne veut pas se donner la peine de le démailloter, est assez dénaturée pour lui donner de l'opium, ou ce que les Fla-

mands appellent *Heulhuizekens*, pour l'endormir plutôt. Je suis persuadé que si les mères connoissoient les mauvais effets de ces potions narcotiques, elles ne seroient pas assez inhumaines pour les employer, à cause des maladies qu'elles occasionnent.

Quand on porte un enfant sur les bras, il est bon de le changer souvent d'un bras à l'autre, afin que le corps penchant alternativement de deux côtés, l'épine ne prenne aucune inflexion, aucune tournure difforme, & que les vertèbres ne contractent aucun vice de conformation.

Le plaisir que prennent les femmes à voir marcher leurs enfans, & à les promener, leur a fait imaginer toutes sortes de moyens pour en jouir plutôt. Le plus connu & le plus dangereux, sont les lisières & les carioles. Les unes & les autres compriment la poitrine, font avancer les épaules & empêchent la circulation du sang. On ne doit employer les lisières que pour les soutenir & les empêcher de tomber, lors sur-tout qu'ils sont trop vifs.

On continue encore de se servir des corps, quoique plusieurs Ecrivains, amis du genre humain, les aient proscrits. Un enfant, soit garçon ou fille, n'a pas plutôt trois mois, que la mère lui endosse un corps, de crainte, si elle ne le faisoit pas, de passer pour ridicule dans l'esprit des personnes de sa connoissance. Il faut être stupide, inhumaine & avoir perdu le sens commun, pour ne pas sentir, que la compression, la gêne & la douleur qu'un corps occasionne, sur-tout lorsqu'il est mal-fait, est plus propre à défigurer le corps, qu'à corriger les défauts qu'il peut avoir.

Comme toutes les parties de l'enfant sont comme une espèce

de cire molle, qui reçoit les impressions qu'on lui donne, la nourrice aura la plus grande attention à moucher l'enfant avec le plus de délicatesse qu'il lui sera possible d'employer, pour ne point lui défigurer le nez; mais quelles peines ne se donne-t-on pas, pour redresser une tête ou un nez difforme. Il arrive souvent, lorsque l'Accouchement est laborieux, que la tête s'allonge & prend la forme d'un pain de sucre; que le nez se défigure & s'applatit, & que pour arrondir la première partie, on la comprime, & on tire la seconde pour l'allonger; l'une & l'autre mauvaise manœuvre peut causer des convulsions à l'enfant & le faire périr. Il n'y a que la nature seule qui puisse corriger ces fortes de défauts, & on doit par conséquent la laisser agir.

Il suffit ordinairement qu'un enfant soit joli, pour que tout le monde se croit autorisé à lui faire des caresses; & les nourrices paroissent flattées de ces égards. Il est des gens mal-sains, qui osent imprimer des lèvres immondes sur celles du nourrisson, & flétrir cette fleur à peine naissante, du souffle empesté de leur haleine. C'est ainsi que les enfans contractent quelquefois des maladies opiniâtres, telles que la gale, des dartres, des boutons, des ulcères, & souvent les infirmités attachées à la débâche. Une mère attentive parera à tous ces inconvéniens. C'est à elle seule que l'enfant doit ses premières caresses: c'est à elle seule ou à son époux, qu'est réservé ce plaisir pur & vif, qui fait palpiter les entrailles paternelles, quand ils pressent leurs enfans sur leur poitrine.

Manière dont on doit sevrer un enfant.

Aussi-tôt que l'enfant a acquis des forces & de la solidité dans ses parties; que son estomac est en état de digérer des alimens étrangers, & qu'une grande partie de ses dents ont poussé, il ne peut plus subsister avec le lait de sa nourrice, & il doit être sevré.

On sevrer ordinairement les enfans lorsqu'ils ont un an; mais cette regle souffre une exception, car il y a des cas qui ne permettent de les sevrer qu'au bout de 15 mois, & même de deux ans, lorsqu'ils sont foibles, malades & ne profitent point.

On doit bien se garder de lui refuser tout-à-coup la mamelle, il faut l'accoutumer peu à peu à s'en passer, en lui présentant le sein moins souvent & en augmentant la nourriture étrangère qu'on commence à lui donner une demi-année après sa naissance, c'est-à-dire, une fois par jour, n'ayant besoin avant ce tems-là d'autre nourriture que le lait de sa mère. Dès qu'on s'apperçoit qu'il digère aisément la bouillie qu'on lui donne, & que le tems pour le sevrer approche, on lui en donne deux fois par jour, savoir, à onze heures du matin; & à six heures du soir; au moyen de quoi on pourra le sevrer, sans qu'il en résulte aucun inconvénient.

Un enfant a de la peine à quitter la nourriture à laquelle il est accoutumé, & delà vient qu'il pleure, crie & harcèle sans cesse sa mère. Celle-ci doit par conséquent s'absenter, & le confier à quelque personne qu'il connoît, & qu'il a coutume de fréquenter.

Au cas que la mère aime assez son enfant, pour ne pas vouloir le perdre de vue, elle peut le déshabituer peu à peu de tetter, en appliquant sur ses mamelons quelque chose qui le rebute par son amertume. Celles qui veulent être témoins oculaires de la manière dont on sevrer leurs enfans, doivent bannir toute commisération, & ne point se laisser toucher, ni par leurs larmes, ni par leurs cris. Comme l'enfant n'a pas tété depuis long-tems, si elles lui présentent la mamelle, il se gorgeroit du lait, ce qui lui causeroit la suffocation, un flux de ventre, &c.

C H A P I T R E X X V.

De la fausse-couche ou avortement.

J'Ai dit ci-dessus, que lorsque l'enfant naît avant le septième mois de la grossesse, on appelloit cela une fausse-couche ou un avortement.

Ce dernier arrive pour l'ordinaire le 3^e & le 4^e mois, & pour la plupart vers le tems auquel la femme, avant que d'être enceinte, avoit coutume d'avoir ses regles.

On a vu des enfans qui sont nés le 7^e mois, & qui cependant ont vécu; ceux qui naissent avant ce tems-là, meurent presque tous, parce qu'ils n'ont pas les poumons assez forts pour respirer.

Les causes de l'avortement sont en très-grand nombre; mais les principales sont celles qui ont le pouvoir d'irriter & de resserrer la matrice, par exemple, une maladie aiguë, la fièvre inflammatoire, la petite vérole, la rougeole, une colique, un vomissement, une hémorrhagie, une dyssenterie, le mauvais régime, le mauvais air, les passions vives & soudaines, le fréquent usage du coït, le resserrement d'habits, le chagrin, la frayeur, les exercices violens, tels que les sauts, la danse, l'exercice du cheval, une chute, un coup sur le ventre, le décollement du placenta, &c. Quelques femmes avortent, sans qu'on en puisse savoir la raison; d'autres ne font point de fausse-couche, quoiqu'elles soient sujettes aux accidens, dont j'ai parlé ci-dessus. Combien voit-on des femmes libertines, qui, se trouvant enceintes, emploient tous les moyens imaginables pour se débarrasser du fruit qu'elles portent, sans pouvoir y

réussir. Les femmes de soldats, celles de la campagne, sont exposées à mille accidens capables de les faire avorter, sans cependant que ce malheur leur arrive.

Les fausses-couches accompagnées d'une perte de sang, sont plus fréquentes que les autres. L'avortement, généralement parlant, est aussi plus dangereux que l'Accouchement à terme, tant pour la raison que je viens de dire, qu'à cause que le placenta reste pour l'ordinaire dans la matrice, & que la femme manque de secours tant internes, qu'externes.

Plus la fausse-couche est tardive & le fœtus gros, plus l'hémorrhagie est dangereuse; & lorsque celle-ci est accompagnée de douleurs vraies, il n'y a plus d'espoir d'empêcher l'avortement.

La perte de sang qu'éprouve une femme enceinte, peut être quelquefois heureusement arrêtée, lorsqu'elle n'est point accompagnée de douleurs, sans qu'elle avorte; il y a cependant des cas où la fausse-couche n'a lieu que trois jours après que la perte de sang a cessé.

L'avortement exige beaucoup de prudence & de dextérité de la part des Sages-femmes & des Accoucheurs.

Les signes qui annoncent la fausse-couche, à l'exception des douleurs dans les lombes & le bas-ventre, sont peu sensibles dans les deux premiers mois; mais l'avortement d'une grossesse plus avancée, est ordinairement accompagné de la fièvre de lait, du gonflement subit, mais passager, des mamelles, du frisson, de la froideur des extrémités, de lassitude, &c.

Il y a des femmes qui avortent subitement & sans aucune suite

suite fâcheuse, & qui ne s'alitent même pas, au lieu que d'autres souffrent infiniment plus que dans un Accouchement naturel.

La perte de sang qui précède la fausse-couche, diffère du flux menstruel, en ce qu'elle est accompagnée de douleurs, de la dilatation de l'orifice de la matrice; que l'évacuation est plus abondante, & que le sang est rempli de caillots.

La fausse-couche commence, dès que les douleurs vraies passent des lombes dans le bas-ventre. Lorsqu'au dessus de cela l'orifice de la matrice se dilate, & qu'on y sent une petite poche tendue, formée par les eaux, on ne doit plus douter du progrès de l'avortement.

On doit dans l'avortement faire attention à la perte de sang, qui dans ce cas, sur-tout après les trois mois de grossesse, est déjà remarquable.

On doit prescrire à la malade un régime exact & le repos, & examiner les grumeaux de sang, pour voir si l'on n'y trouveroit point un embryon, un placenta, une môle, & s'assurer qu'il ne reste aucune portion de l'arrière-faix dans la matrice.

Il arrive souvent, que dans l'avortement de trois mois de grossesse, l'avorton est si petit, qu'il glisse dehors avec le sang, sur-tout quand la perte est considérable, à moins qu'il ne se place de travers sur l'orifice de la matrice. On n'a autre chose à faire dans le premier cas, que de s'assurer s'il est vivant ou non, afin de le baptiser, si la chose est possible. Dans le second cas, on introduit l'index dans l'orifice de la matrice, pour s'en servir comme d'un crochet, pour le tirer dehors.

On fait que l'orifice de la matrice ne se dilate jamais qu'à

proportion du corps, qui est enfermé dans ce viscère; de manière qu'après qu'un embryon de trois mois en est sorti, il n'est ouvert qu'autant qu'il le faut pour y introduire un doigt. On se servira de celui-ci, pour examiner si le placenta est détaché & engagé dans le col de la matrice. On en extraira une partie hors de l'orifice, on saisira son bord avec celui du milieu & on l'extraira entièrement.

Au cas qu'on ne trouve ni l'embryon, ni l'arrière-faix dans l'orifice de la matrice, on ne doit point introduire la main avec violence, car on ne sauroit le faire sans danger pour la femme. Le mieux qu'on puisse faire dans ce cas, est de laisser agir la nature, sur-tout lorsque la perte a cessé totalement ou en partie.

L'usage des différentes espèces de tenettes, dont se servent les Accoucheurs pour extraire l'embryon, qui est enfermé dans la cavité de la matrice, exige la plus grande précaution, & la raison en est aisée à deviner, vu qu'on ne peut employer le doigt pour le diriger comme il faut. Au cas qu'on s'en sert, ce ne doit être qu'avec la plus grande dextérité, & lorsque la perte est si considérable, qu'on ne peut l'arrêter autrement.

Le meilleur moyen pour prévenir un avortement apparent, est, que la Sage-femme recommande la tranquillité & le repos à la malade, & qu'elle envoie chercher un Médecin ou un Accoucheur, qui ordinairement ordonnent la saignée aux pléthoriques & des corroborans aux foibles.

Les femmes qui ont fait une fausse-couche, sont sujettes à en faire d'autres. Les meilleurs Praticiens ont observé, qu'on ne sauroit prévenir les fausses-couches réitérées, lorsque les femmes ne veulent point s'abstenir du grand usage du café & du coït,

CHAPITRE XXV.

De l'Accouchement prématuré.

ON appelle Accouchement prématuré, celui qui arrive le 7^e, le 8^e mois & souvent au milieu du 9.^e La plû-part de ces Accouchemens arrivent à la fin du 7^e mois.

Ses causes sont les mêmes que celles de la fausse-couche. Avant de hâter l'Accouchement, l'on doit être très-assuré, qu'il ne passera pas, ce qu'on peut connoître aux indications énoncées à l'article de fausses-couches; savoir, aux douleurs vraies, à la dilatation de l'orifice de la matrice, à l'accroissement & à la tension de la poche formée par les eaux renfermées dans les membranes.

Lorsque l'enfant présente la tête, & que la perte de sang n'est pas considérable, on doit laisser agir la nature. Si au contraire la perte est forte, on doit examiner si l'orifice de la matrice est assez dilaté, pour pouvoir y introduire les doigts, & en cas de besoin, la main tout entière.

Dans le cas où l'orifice de la matrice n'est pas assez ouvert, on se servira de son doigt pour le dilater, mais cependant avec beaucoup de précaution, pour ne point l'irriter, ce qui seroit dangereux, nonobstant que dans ce cas, l'orifice de la matrice est ordinairement très-lâche & distensible.

Au cas que les membranes ne soient pas déchirées, & que l'orifice de la matrice soit assez ouvert, on les percera, ce qui suffit quelquefois, pour arrêter le sang; après quoi on peut abandonner l'Accouchement à la nature, lorsque l'enfant est

bien tourné : s'il ne l'est pas ; si la perte continue après que les membranes ont été percées , on doit tourner l'enfant & terminer l'Accouchement par les pieds.

C'est dans ce cas que l'arrière-faix suit ordinairement très-promptement , parce qu'il est en plus grande partie détaché. Après avoir extrait l'enfant & l'arrière-faix , on doit aussi extraire les caillots de sang , au moyen de quoi , la perte cesse ordinairement , lorsque la femme se tient tranquille. Je parlerai de l'hémorrhagie utérine en particulier.

Comme il arrive souvent , pour cacher le secret au père supposé de l'enfant , que l'on donne pour précoces des enfans qui sont nés à terme , il convient que l'Accoucheur ou la Sage-femme , sur-tout dans les déclarations qu'ils donnent , agissent avec la plus exacte prudence , qu'ils examinent très-scrupuleusement l'enfant nouveau-né , avant de dire leur sentiment.

La grosseur d'un enfant mort avant terme , ne s'accorde pas toujours avec le tems de la grossesse , mais plutôt avec celui auquel il est mort dans la matrice. Les enfans qui naissent vivans avant terme , sont ordinairement plus petits , que ceux qui naissent à terme. Aux premiers manquent ordinairement les ongles & aux avortons toujours. Les enfans précoces dorment presque toujours , & il faut les éveiller pour les faire tetter. Ils n'ont souvent pas assez de force , pour sucer le lait hors du sein de leur mère , & comme leur poumon est encore trop foible pour se distendre & se resserrer , on n'entend presque pas le son de leur voix quand ils crient ; ils respirent aussi plus difficilement.

Dans le jugement qu'on porte sur ces sortes d'enfans , on doit moins avoir égard à leurs forces & à leur grosseur , qu'à la facilité ou difficulté avec laquelle ils respirent.

Comme les Accouchemens prématurés sont pour la plû-part accompagnés de pertes de sang, l'on doit se conduire à cet égard de la manière indiquée à l'article de l'avortement, avec cette différence, que dans ce cas on peut introduire la main dans la matrice, ce qui n'est pas possible dans l'autre cas avant le sixième mois.

C ET A P I T R E X X V I I.

De l'Accouchement tardif.

Q Uoique la nature ait assigné aux femmes, aussi-bien qu'aux femelles des animaux, un tems fixe pour accoucher & pour mettre bas, il y a cependant des causes inconnues, qui prolongent ce terme jusqu'au 10^e & 11^e mois; mais je doute que la grossesse puisse aller plus loin.

On a observé que des enfans, d'une naissance tardive, se sont remués très-distinctement pendant six à sept mois dans le sein de leurs mères, & sont venus au monde avec des marques d'une plus forte constitution que de coutume. Quelques-uns avoient la fontanelle ossifiée, les cheveux plus longs, la voix plus forte, les yeux & le teint plus vifs & plus animés: on en a même trouvé avec plusieurs dents qui avoient percé; mais comme dans le cas d'un Accouchement naturel & à terme d'un premier enfant, on l'annonce quelquefois pour un Accouchement prématuré, pour cacher le commerce amoureux que la mère a eu avant son mariage: il peut arriver aussi, que des veuves fines & rusées, qui sont devenues enceintes après la mort de leurs maris, en usent de même, & mettent ceux dont elles accouchent, sur le compte des défunts. C'est pourquoi, les Accoucheurs qui sont appelés devant les Ma-

gistrats , pour dire leur sentiment sur ces fortes d'Accouchemens , doivent le donner avec beaucoup de circonspection , & ne céler aucune des circonstances relatives , soit à la constitution de l'enfant , soit aux signes qui assurent la grossesse.

Quant aux secours qu'exigent les naissances tardives , ils dépendent des circonstances qui se présentent , & ils varient , selon qu'ils sont naturels , laborieux ou contre-nature.

On doit mettre la grossesse qui n'a point de terme , au nombre des maladies.

C H A P I T R E X X V I I I .

De l'Accouchement d'un enfant mort.

C Et Accouchement est généralement plus long & plus difficile , que celui dans lequel l'enfant est vivant , savoir , lorsqu'il présente naturellement la tête , & qu'il a la même grandeur qu'un vivant , & que les circonstances sont les mêmes à l'égard de la mère ; car quand on doit tourner l'enfant & terminer l'Accouchement par les pieds , le cas est souvent indifférent , & les Accouchemens d'un petit enfant , qui se terminent la tête en avant , sont beaucoup plus faciles , que ceux d'un enfant vivant qui est gros.

On comprendra aisément la raison de ce que je viens de dire , si l'on fait attention à ce que j'ai dit ci-dessus , savoir , que lorsque l'enfant est vivant & bien situé , il se fraie lui-même un chemin par les efforts qu'il fait , & cela est si vrai , qu'on a trouvé des enfans entre les cuisses de leurs mères , quoiqu'elles fussent mortes sans avoir accouché.

Il arrive rarement , qu'un enfant mort reste le tems qu'il

faut dans la matrice, il en sort ordinairement avant terme, & c'est la raison pour laquelle il a la tête plus petite, que celui qui est à terme, & alors l'Accouchement d'un enfant mort peut être aussi prompt que celui d'un enfant vivant & à terme.

Il faut, pour de fortes raisons, connoître les signes auxquels on peut s'assurer si l'enfant est vivant ou mort, pour qu'on puisse dans le premier cas avoir recours à l'opération césarienne ou à la section de la symphyse, quand elle est nécessaire, & dans le dernier cas évacuer & diminuer la tête ou la poitrine.

L'enfant peut mourir durant la grossesse ou pendant l'Accouchement.

Les signes qui font connoître qu'il est mort pendant le cours de la grossesse, sont les suivans :

1.° Lorsque la femme a déjà senti les mouvemens de l'enfant, & qu'elle ne les sent plus après : lorsqu'elle s'apperçoit, que d'un jour à l'autre ces mouvemens diminuent, ou qu'elle sent tout-à-coup un mouvement excessif, & qu'après l'enfant ne se remue plus du tout. La violence de ce mouvement est l'effet d'une convulsion, qu'il éprouve en mourant.

2.° Elle ne sent point remuer l'enfant le matin, lorsqu'elle pose la main sur la région ombilicale.

3.° Son ventre s'affaïsse au lieu de grossir.

4.° Le nombril, qui est ordinairement de niveau avec la peau du bas-ventre, rentre & s'enfonce comme avant la grossesse.

5.° Lorsqu'elle se couche sur un côté ou sur l'autre, elle

sont un corps dur & pesant, qui retombe du côté sur lequel elle est couchée.

6.^o Elle sent quelquefois comme une espèce de cuisson ou froid dans la matrice.

7.^o Ses mamelles grossissent pendant que le frisson fébrile survient; ce dernier est passager, après quoi elles s'affaissent & rendent un lait aqueux.

Tels sont les signes qui annoncent que l'enfant est mort pendant le cours de la grossesse, & dont les Auteurs nous ont donné le détail. Lorsque tous ces signes se succèdent ou se manifestent ensemble, & qu'on est de plus instruit de la cause qui a pu causer la mort de l'enfant, on est beaucoup plus assuré de son opinion.

Les autres signes qui font connoître que l'enfant est mort, tels, par exemple, que la couleur plombée du teint, des yeux cernés, la difficulté de respirer, les palpitations de cœur, le tintement d'oreille, l'affoupissement, les vapeurs, les pâmoisons, les maux de tête, une petite fièvre, sont incertains & peuvent venir de toute autre cause que de la mort de l'enfant. Ce dernier, quoique mort, ne se corrompt pas aisément, parce qu'il n'a aucune communication avec l'air extérieur, au lieu qu'il arrive tout le contraire, lorsque les enveloppes se déchirent, & c'est alors qu'arrivent les accidens dont je viens de parler. Lorsqu'on diffère l'Accouchement, il survient une inflammation de matrice, laquelle est suivie de la gangrène, & la mère meurt sans ressource.

Les enfans morts occasionnent ordinairement l'avortement ou un Accouchement prématuré, parce que le sang ne peut se rendre de la matrice dans le placenta, ni de celui-ci dans le fœtus.

Il s'amasse dans la matrice, au point, qu'il l'oblige à se contracter.

On a vu cependant des enfans qui ont resté long-tems dans la matrice, ou dans les environs, au point de se pétrifier.

Voici maintenant les signes qui font connoître que l'enfant s'est engagé mort ou vivant au passage, & qu'il n'est mort que dans ce dernier :

1.^o Lorsqu'il découle de la matrice, après la rupture des membranes, des sérosités d'une mauvaise couleur & puantes, qui dénotent la pourriture, & qu'on distingue, par l'expérience, de toute autre humeur. Il ne faut cependant pas les confondre avec le méconium, qui est plus épais, sans odeur & verdâtre.

2.^o Lorsque l'épiderme se détache du corps & se colle à la main de l'Accoucheur; mais il faut que cela soit accompagné d'une odeur infecte.

3.^o La tête ni les autres parties du corps, qui sont engagées dans l'orifice de la matrice & même étranglées par ce dernier, ne s'enflent point.

4.^o Lorsqu'on peut toucher la tête de l'enfant au passage, on apperçoit, qu'elle n'a point une forme conique; & lorsqu'on rapproche avec la main les os du crâne, ils font un bruit, & on y sent un certain mouvement, comme si le crâne étoit vuide & ses os couchés les uns sur les autres avec des pointes aigues.

5.^o Lorsque la fontanelle est ouverte, on ne sent point le battement des artères; mais pour s'assurer davantage, on doit aussi tâter l'artère temporale.

6.^o Lorsque l'enfant est placé de façon, qu'on peut atteindre au cordon ombilical, & qu'on sent le battement des artères, c'est un signe, qu'il est encore en vie; mais on ne doit point conclure que l'enfant est mort dès qu'on ne le sent pas, parce qu'il peut être extrêmement foible. Le cordon d'un enfant mort est pour l'ordinaire flétri.

Lorsque l'enfant présente le visage, on peut, en mettant le doigt dans sa bouche, sentir les mouvemens de sa langue; s'il présente la poitrine, on sent le mouvement du cœur; s'il présente le bas-ventre, le cordon ombilical s'échappe ordinairement, & on observe, comme j'ai dit ci-dessus, s'il bat ou non.

S'il présente quelque extrémité au passage, le pouls & l'enflure de cette partie indiqueront s'il est vivant ou mort. Lorsqu'indépendamment de ces signes, il s'exhale continuellement de la matrice une sanie infecte & puante, pareille à celle qui sort d'un cadavre, ou à celle d'une eau croupissante, on peut sans crainte de se tromper, annoncer la mort de l'enfant, quoiqu'elle puisse avoir lieu, indépendamment de la sanie & de l'odeur infecte, dont je viens de parler.

Lorsqu'on joint à tous ces signes la position de l'enfant & la longue durée pendant laquelle il a resté dans cette mauvaise position dans le petit bassin, & qu'en outre, on examine les causes qui ont pu lui causer la mort de la part de la mère, on pourra plus facilement décider s'il est vivant ou mort.

Voici maintenant les signes qui nous font connoître, que l'enfant s'est engagé vivant dans le bassin, & qu'il est mort durant le travail de l'Accouchement.

Les os du crâne se rapprochent tellement dans l'Accouche-

ment naturel d'un enfant vivant, qu'insensiblement on ne peut plus toucher la fontanelle. Les tégumens de la tête forment sur la fontanelle premièrement un pli large qui augmente & se change à la fin en une tumeur ronde, qui prend ensuite une forme conique, qui est dure & ferme. Lorsque dans cet état cette tumeur devient encore une fois molle, & ne s'allonge plus pendant les douleurs, c'est un signe présomptif, que l'enfant est mort, ou mourra pendant l'Accouchement.

On ne peut point tenir la mort de l'enfant pour certaine, tant qu'on n'a point des signes manifestes de corruption.

L'écoulement du méconium hors de la matrice, n'est pas non plus une preuve qu'il le soit, car celui-ci a toujours lieu, lorsque l'enfant présente les fesses, & même dans toutes les autres positions d'un enfant vivant; car une foible colique peut occasionner cette évacuation.

Ce n'est pas non plus une preuve certaine que l'enfant soit mort, lorsqu'il ne se remue plus du tems de l'Accouchement; car la tête n'est pas plutôt engagée & pressée dans l'entrée du petit bassin, qu'il n'a pour l'ordinaire plus aucun mouvement.

Au reste, tous les signes dont je viens de parler, ne décident pas la mort absolue de l'enfant pendant le travail, on ne peut s'en assurer que par la corruption.

Lorsqu'un enfant mort présente la tête, la Sage-femme doit se conduire de même que s'il présentait la même partie étant vivant. S'il arrivoit cependant, que l'Accouchement n'avancât pas, parce que la tête n'est ni pointue ni conique, & qu'elle s'enclave, on doit se servir du levier ou du forceps de la manière que je le dirai dans la suite.

Les Médecins qui prescrivent des remèdes avortifs ou expulsifs avant que les douleurs de l'enfantement se manifestent, se trompent lourdement. Les signes qui font connoître la mort de l'enfant, sont si incertains, avant que l'Accouchement commence, qu'on court risque, en les employant, de causer une fausse-couche: j'ajouterai que ces sortes de remèdes produisent de très-mauvais effets & causent pour l'ordinaire une perte de sang & une inflammation de matrice. Si l'on donne ces remèdes du tems qu'il y a des vraies douleurs, ils sont tout à la fois inutiles & dangereux. Le plus sûr, lorsqu'une femme est enceinte d'un enfant mort, est de laisser agir la nature, jusqu'à ce qu'elle se déclare.

Lorsqu'on tire l'enfant par morceaux, ou qu'il est tellement pourri, que les parties du corps sont séparées, & que l'une sort après l'autre, il convient de s'assurer, si elles sont toutes expulsées, & au cas qu'elles ne le soient pas, quelle partie reste encore dans la matrice. Pour le connoître, il suffit de les arranger toutes sur un plat, & d'examiner celle qui manque; ce qui évite à la Sage-femme la peine de fouiller continuellement dans la matrice, pour chercher la partie, qu'on croit être restée.

Les causes pour lesquelles l'enfant meurt dans le sein de sa mère, appartiennent à la pathologie des femmes enceintes.

C H A P I T R E X X I X.

De l'Accouchement des jumeaux.

C'Est un fait constaté par l'expérience journalière, que des femmes ont accouché de 2, 3, 4 & 5 enfans; mais plus souvent de 2 que de 3, 4 ou 5: ces derniers cas étant extrêmement rares.

Les signes auxquels on peut conjecturer, qu'une femme est enceinte de deux enfans, sont douteux & incertains. Les plus ordinaires sont: 1.^o lorsque le ventre est plus tuméfié qu'à l'ordinaire. 2.^o Quand dans le septième & huitième mois, le ventre de la femme est comme partagé par une ligne qui le sépare en deux tumeurs. 3.^o Lorsque la femme sent les mouvemens de l'enfant d'un côté seulement, ou de deux côtés à la fois. 4.^o Quand les extrémités inférieures sont fortement enflées.

Tous ces signes ont souvent lieu dans la simple grossesse : quelquefois l'on n'en observe aucun, & cependant la femme accouche de deux enfans.

Lorsque l'enfant est gros ou hydropique, & qu'il y a une grande quantité de vraies & de fausses eaux dans la cavité de la matrice, ou que la femme est elle-même hydropique, on ne peut pas conclure de la tuméfaction du bas-ventre, qu'elle soit enceinte de deux enfans.

Le ventre de la femme peut être séparé en deux tumeurs ou élevé de deux côtés, lorsque le placenta ou une môle est placée d'un côté de la matrice.

L'enfant peut être couché de travers dans la matrice, & se remuer avec les mains d'un côté & avec les pieds de l'autre. On peut juger par-là de l'incertitude de cette espèce de grossesse.

Il n'est absolument pas nécessaire de savoir avant l'Accouchement, que la femme est enceinte de deux enfans, & au cas qu'on le sache, l'on ne doit point en instruire la femme; car il n'est pas fort agréable d'accoucher de plus d'un enfant.

L'Accouchement de deux enfans peut se terminer de trois

manières différentes: 1.^o tous les deux peuvent présenter la tête au passage, & ainsi naître naturellement. 2.^o Le premier peut naître naturellement la tête la première & le second venir au monde contre-nature. 3.^o Tous les deux peuvent présenter également une main ou un pied, savoir, l'un la main & le pied droit, l'autre la main & le pied gauche, ou de telle autre manière contre-nature. C'est la raison pour laquelle on divise cette sorte d'Accouchement en naturel, contre-nature & mixte.

Voici les signes auxquels on peut connoître, après que le premier enfant est sorti, s'il y en a encore un second ou non dans la matrice :

1.^o Si l'Accouchement arrive quelques jours ou quelques semaines avant le terme de la grossesse; ce qui arrive ordinairement, mais pas toujours.

2.^o Si après la sortie du premier enfant, le ventre s'affaïsse à moitié, & reste encore si élevé & si dur, qu'on puisse sentir le second enfant en appliquant la main dessus; car la tumeur que forme une matrice vuide, est plus molle, moins égale & moins unie, que celle qui est causée par le second enfant.

3.^o Le premier enfant qui naît, est ordinairement plus petit que celui d'une grossesse simple & à terme.

4.^o Lorsqu'on touche l'orifice de la matrice, on y trouve une seconde poche d'eau, au travers de laquelle on sent la partie que l'enfant présente au passage. On trouve quelquefois sur la surface inférieure de l'arrière-faix une vessie ou hydatide, qui est fortement tendue dans l'orifice de la matrice par la constriction de ce dernier, & qui creve dans le fort des tranchées utérines; ce qui donne lieu de croire qu'il y a un second enfant. On peut s'en assurer par le toucher, & le cas est très-rare.

5.^o Le cordon de l'enfant qui est sorti le premier, rend du sang pendant long-tems, lorsqu'on n'a pas soin d'y faire une ligature.

6.^o La femme ressent aussi-tôt ou bien quelque tems après l'Accouchement du premier enfant, de nouvelles & fortes douleurs.

Lorsqu'on est assuré qu'il y a un second enfant, on lie à l'instant le cordon de celui qui est sorti le premier, quoique plusieurs regardent cette précaution comme inutile, en quoi ils ont tort; car comme la matrice ne peut se resserrer à cause du second enfant, le placenta du premier ne se détache pas si aisément, d'où résulte une perte continuelle, quoique les deux placenta ne soient point unis ensemble.

Lorsque le second enfant présente naturellement la tête ou les fesses, & que tout le reste va bien d'ailleurs, on doit laisser agir la nature, & ne point déchirer les enveloppes, pour que la matrice ait le tems de se contracter.

Lorsque la femme se trouve considérablement affoiblie, après la sortie du premier enfant; lorsque les douleurs ne recommencent point, après avoir pris des potions cordiales, & que l'enfant est dans une position contre-nature, il faut introduire la main dans la cavité de la matrice, & déchirer avec les ongles les membranes, pour que la matrice se contracte; ce qui excite souvent de nouvelles douleurs; & comme le premier enfant a franchi & dilaté le passage, le second le fait également, quand il se présente bien, étant expulsé par la nature. Dans le cas où il fait le contraire, il faut le saisir par les pieds & terminer l'Accouchement de la manière que je le dirai à l'article, où je traite de l'Accouchement par les pieds. Cette espèce d'Accouchement n'a rien de difficile, parce que l'orifice

se trouve dilaté, & que les jumeaux sont plus petits que les autres enfans.

Après que les deux enfans seront fortis, & qu'il n'y a point d'apparence pour un troisième, on saisit le cordon du premier de la manière que j'ai enseignée; & si son arrière-faix suit aisément, n'étant pas collé à l'autre, on les extrait ainsi l'un après l'autre: en cas qu'on ne le puisse faire avec aisance, on saisit les deux cordons ensemble, parce que les deux placenta sont pour l'ordinaire collés, & on les amène tous deux à la fois. Au cas que l'on rencontre de la difficulté, on se conduira comme je l'ai dit à l'article, sur la délivrance ou l'extraction de l'arrière-faix.

Lorsqu'on est obligé de retourner le premier enfant, & qu'on introduit pour cet effet la main dans la matrice, on sent quelquefois l'enveloppe du second. Il faut dans ce cas-là prendre garde de ne point la déchirer, de crainte que les eaux ne s'écoulent toutes à la fois, & ne retournent les deux enfans l'un sur l'autre; ce qui rendroit l'Accouchement difficile & laborieux. Au cas que les deux enveloppes percent à la fois, l'Accoucheur doit s'assurer, avant de saisir les deux pieds, pour les tirer dehors, qu'ils appartiennent au même enfant: dans ce cas il l'extraira, comme je le dirai dans l'endroit, où je traite de l'Accouchement par les pieds.

Dans l'Accouchement mixte de deux jumeaux, on extraira le premier naturellement & le second par les pieds.

Je traiterai à part de l'Accouchement, où les deux jumeaux sont collés ensemble.

CHAPITRE XXX.

De la superfétation.

PLusieurs Savans en parlent d'une manière fort douteuse, & la plupart même la nient. Cela ne me surprend pas; car plus l'opération de la génération est cachée, plus il est difficile de concevoir & d'expliquer le cas de la superfétation. Il n'est pas rare de voir, qu'une femme, quelques jours après la naissance du premier enfant, accouche d'un second; & c'est ce qui a donné peut-être lieu de croire à la réalité de la superfétation; mais si l'on fait attention à ce que l'expérience journalière démontre, que l'un des jumeaux surpasse l'autre en forces & grandeur, on comprendra aisément, que lorsque le premier, qui a acquis sa perfection, est né, le second est forcé, à cause de sa foiblesse & de son imperfection, de rester encore quelque tems dans le sein de sa mère, quoiqu'ils aient été conçus en même tems.

Je ne déciderai point, si la superfétation est possible ou impossible, puisque je n'en suis pas pleinement convaincu; mais je conseille à la Sage-femme, de ne point se hâter de rompre les membranes du second enfant, après la naissance du premier; car si elle voit, que l'arrière-faix du premier suit aisément, sans effort & quasi de soi-même, que les douleurs cessent totalement, & que la mère se trouve d'ailleurs parfaitement bien, elle doit abandonner la chose à la nature, jusqu'à qu'elle ait de nouveau besoin de son secours.



C H A P I T R E X X X I.

De la fausse grossesse & de l'extraction de la môle.

ON entend par fausse grossesse, celle dans laquelle la matrice, au lieu d'un vrai fœtus, ne contient que du vent, de l'eau, des masses charnues, une môle & tels autres corps étrangers.

Tous ces désordres de la nature sont du ressort de la Médecine & ne regardent point la Sage-femme; elle n'en doit avoir d'autre connoissance, que de les pouvoir distinguer de la vraie grossesse, pour que le Médecin ne prenne point un fœtus vivant, pour un corps étranger, & ne le tue avec la meilleure intention du monde. Je vais parler de la môle, parce que celle-ci exige souvent le secours de l'Accoucheur ou de la Sage-femme.

La môle est un corps ou une masse irrégulière, spongieuse, charnue & privée de vie, dans laquelle on trouve quelquefois de l'eau, du sang & même souvent un petit embryon. On en rencontre quelques-unes couvertes d'hydatides ou des vésicules transparentes, attachées chacune par un pédicule à un corps spongieux, qui forment comme une grappe de raisin.

La môle causée par la copulation, est produite dans la matrice par une fausse conception, dans laquelle l'œuf se corrompt par certaines causes, ou, comme on l'a déjà observé, par une portion du placenta d'un avorton, qui est resté dans la matrice.

Les femmes qui voient leurs maris dans le tems de leurs ordinaires ou de leurs vuidanges, sont plus sujettes que les autres à engendrer des môles.

Il n'est pas aisé de distinguer la môle ou la fausse conception de la vraie grossesse, parce qu'il y a des signes qui sont également communs à cette dernière & à la fausse. Les mamelles grossissent également dans la première, que dans la seconde; le ventre a la même faillie, avec cette différence que celui d'une femme qui a une môle dans la matrice, grossit plutôt & devient plus dur & plus douloureux, que dans la vraie grossesse: j'ajouterai, que la tumeur n'a pas la même figure que dans la vraie grossesse; elle est plus triangulaire & plus sensible lorsqu'on y touche.

Il est rare que la môle reste plus de quatre mois dans la matrice: il y en a cependant quelques-unes qui y ont resté des années entières, & que la nature a elle-même expulsées. Lorsque cela n'arrive point, & que l'orifice de la matrice est suffisamment dilaté, on introduit la main dans ce viscère, on la saisit & on la tire dehors. Dans le cas où il en reste quelque portion, on introduit de nouveau la main & on la retire.

Comme la sortie de la môle est ordinairement accompagnée d'une perte de sang considérable & de foiblesses, on doit l'extraire avec beaucoup de précaution, sur-tout, lorsqu'on se sert des instrumens, dont l'application dans ce cas-ci est pour l'ordinaire plus nuisible qu'utile. On essaie d'arrêter la perte, en appliquant de l'eau froide sur le ventre de la femme, & en lui donnant des remèdes propres à la fortifier. Lorsque les douleurs commencent, elle doit les seconder, & faire les mêmes efforts, que si elle accouchoit naturellement; au moyen de quoi, la môle descend dans le vagin, d'où on la tire avec deux ou trois doigts.

La femme ainsi délivrée de sa môle, doit se conduire en tout, comme si elle avoit véritablement accouchée.

Je ne dirai rien ici des causes qui peuvent donner lieu aux môles. On me demandera, si les vierges & les veuves chastes sont aussi sujettes à en avoir, que celles qui ont un commerce avec les hommes? je réponds à cela, qu'une môle formée par des caillots de sang ou par des hydatides, peut se trouver dans les premières; mais elle n'est pas la même que celles qui sont formées par un embryon corrompu, ou par une portion du placenta, qui est restée dans la matrice; ces dernières proviennent d'un commerce avec les hommes.

Une Sage-femme, qui se charge d'accoucher une femme qui a une perte de sang, doit bien se garder de saisir l'orifice de la matrice, en croyant prendre une môle, & de ne point le tirailler; ce qui pourroit avoir des suites funestes. Pour les prévenir, elle doit introduire le doigt dans la matrice, & examiner soigneusement si le premier corps qu'elle rencontre est adhérent ou non à la matrice. Si elle peut couler le doigt entre-deux, je veux dire, entre la paroi de la matrice & la môle, c'est une preuve qu'elle n'est point adhérente, & elle peut la tirer avec le doigt.

Il peut se trouver dans le vagin d'une femme enceinte ou non enceinte, un corps charnu, qui ressemble beaucoup à une môle, & qu'il faut par conséquent savoir distinguer. Ce qui distingue ce corps, est qu'il est adhérent à la matrice ou au vagin, dont on ne peut le détacher dans ce cas avec le doigt; c'est alors que la Sage-femme doit faire appeller un Chirurgien expérimenté.



C H A P I T R E X X X I I .

Etat dans lequel se trouve une femme après avoir accouché.

IL arrive quelquefois, & même assez souvent, que le Magistrat, pour s'acquitter de son devoir, somme la Sage-femme de répondre aux questions suivantes, savoir : si telle femme a encore sa virginité, ou si elle a eu commerce avec un homme ou non ? si ce qu'on dit de la grossesse de telle fille ou de telle femme mariée, est vrai ou faux ? si telle femme a accouché ou non ? si l'enfant qu'elle a mis au monde, est mort avant ou après l'Accouchement ? mais cette dernière question regarde ordinairement la Chirurgie, & je renvoie le Lecteur au Traité que le célèbre CAMPER a donné à ce sujet sur les signes de vie & de mort dans les enfans qui viennent de naître.

Toutes ces circonstances exigent, qu'on connoisse très-exactement les parties de la femme qui servent à la génération dans un état sain & naturel, pour pouvoir en juger, lorsqu'elles sont malades ou endommagées.

Une fille est censée être vierge, tant que l'hymen subsiste : quoique la plupart des Auteurs regardent ce qu'on dit de l'hymen comme fabuleux, on n'aura pas raison de croire, que cette membrane, même en tout âge, doive naturellement manquer, puisqu'on est assuré par l'Anatomie de son existence. Une fille est encore censée être telle, lorsque les parties externes ne sont ni flasques ni pendantes, mais au contraire dures & fermes, que les lèvres sont jointes l'une contre l'autre & l'urètre couvert. Lorsque les plis supérieurs & inférieurs du va-

gin se touchent, & que les lèvres sont d'un rouge vermeil en dedans; ce qui dénote l'état naturel de ces parties. Lorsqu'une femme sent de la douleur & rend du sang, la première fois qu'elle couche avec un homme. Lorsque les circonstances sont telles que je viens de dire, on peut s'en tenir-là, & s'éviter la peine d'introduire le doigt dans le vagin, pour examiner la matrice, de crainte de déchirer l'hymen; ce qui est illicite.

Au cas que l'hymen existe encore, on ne doit pas croire pour cela que la femme soit vierge, vu qu'on a des exemples des femmes, qui, étant devenues enceintes, l'ont conservé sans être endommagé durant toute leur grossesse.

Il ne s'ensuit pas non plus, de ce qu'on ne le trouve pas, qu'une fille ait perdu sa virginité, car cette membrane peut se déchirer, sans qu'elle ait eu commerce avec un homme; par exemple, par un effort extérieur, en montant à cheval, un saut, une chute, &c. Elle peut aussi disparaître à la suite de quelque maladie, telles que les fleurs blanches, une inflammation, une descente du vagin ou de matrice, &c. par où les parties naturelles peuvent dégénérer au point, qu'on ne puisse s'assurer de son existence. Personne n'ignore que les femmes publiques ont le secret de colorer & de resserrer leurs parties, par le moyen de certaines drogues astringentes, qu'elles emploient.

Il s'ensuit de ce que je viens de dire, qu'il n'y a que Dieu, & la femme que l'on visite, qui sachent si elle est vierge ou non. Le mieux que puisse faire un Accoucheur ou une Sage-femme, que le Magistrat questionne sur ce sujet, est de révoquer en doute, & de décrire toutes les circonstances & les phénomènes que présentent les parties naturelles.

Il arrive quelquefois que des femmes lascives, mariées ou non mariées, feignent pour certaines raisons, d'être enceintes.

Les signes de la vraie grossesse sont équivoques avant le terme, mais passé ce tems-là, ils sont manifestes & même inmanquables ; on peut les revoir à l'article qui traite de la vraie grossesse, & ensuite en dire son sentiment.

Il y a des circonstances qui empêchent de visiter une femme avec l'exactitude requise. Je mets de ce nombre le resserrement du vagin, l'hydropisie ; &c. il faut alors la remettre jusqu'au tems de l'Accouchement.

Le contraire arrive, lorsque les filles ou femmes, guidées par la pudeur ou la crainte de perdre leur réputation, cachent leur grossesse. Celles-ci, quand elles ont le ventre relevé, attribuent cet accident à une hydropisie ou à un squirrhe ; mais il est aisé de distinguer cette enflure de celle que la vraie grossesse occasionne. Dans l'hydropisie ascite ou du bas-ventre, ce n'est pas l'hypogastre seul qui est enflé, mais tout le bas-ventre, à moins que ce ne soit une hydropisie enkistée ; ce qui est assez rare dans l'hypogastre, au lieu que dans la grossesse, l'enflure ne passe pas le nombril, du moins au quatrième & même jusqu'au cinquième mois. Dans l'hydropisie, l'enflure occupe les parties latérales du bas-ventre, de même que le milieu, au lieu qu'elle n'en occupe que le milieu dans la grossesse. Voyez la Pl. 3, fig. 1. Dans l'hydropisie, la rénitence du ventre est molle & cède facilement, au lieu qu'elle résiste davantage dans la grossesse. L'hydropisie n'est accompagnée d'aucune des incommodités ordinaires aux femmes grosses ; enfin dans l'hydropisie, à moins qu'elle ne soit très-peu considérable, on sent en frappant sur le ventre la fluctuation de l'eau,

ou pour mieux dire le contre-coup ; ce qui n'a pas lieu dans la grossesse. Il est vrai qu'il est plus difficile de distinguer la grossesse d'avec l'hydropisie de la matrice ; mais outre que cette espèce d'hydropisie est rare, on sent dans cette hydropisie, de même que dans l'ascite, la fluctuation ou le contre-coup de la sérosité contenue dans la matrice, lorsqu'on frappe le ventre d'un côté, & qu'on applique l'autre main sur l'autre.

A l'égard du squirrhe, il n'y a que celui de la matrice, qu'on puisse confondre avec la grossesse, & ce squirrhe est rare & ne devient pas dans l'espace de quatre ou cinq mois aussi gros que l'est alors la matrice d'une femme enceinte : à quoi il faut ajouter, que la rénitence du squirrhe est plus grande, que celle de la grossesse ; que le squirrhe n'arrive qu'à des femmes depuis long-tems malades, au lieu que la grossesse arrive ordinairement à des femmes qui se portent très-bien ; enfin que le squirrhe n'est point accompagné des incommodités ordinaires à la grossesse. Il y a cependant des cas, où les femmes savent si bien dissimuler leur état, & mentir si à propos, que l'Accoucheur, même le plus éclairé, reste en suspens & n'ose pas prononcer affirmativement, de peur de faire tort à une femme ou fille d'honneur. Le mieux qu'il puisse faire dans ce cas, lorsqu'il n'a pas des preuves certaines de la grossesse, est de suspendre son rapport, jusqu'à ce qu'il n'en puisse plus douter.

La troisième question, si la femme a eu un enfant, soit depuis peu, soit depuis quelque tems, regarde principalement l'infanticide & l'exposition d'un enfant dont on soupçonneroit.

Quand une femme est accouchée depuis peu de jours, on la distingue parmi celles qui ont leur évacuation périodique, au moyen des signes suivans.

1. Les

1.^o Les parties naturelles & le vagin sont lâches, enflés & dilatés. 2.^o L'orifice de la matrice est pareillement flasque, épais, ouvert, inégal & ridé; *Voyez la Pl. II. fig. 5. lit. C. & Pl. VI. fig. 6.* 3.^o Le basventre est flasque, ridé & affaissé. 4.^o Les mamelles sont tuméfiées & remplies de lait. 5.^o Les lochies sont blanchâtres & exhalent une certaine odeur, que les Sages-femmes savent parfaitement distinguer de celle, que rendent les autres excréctions. 6.^o Lorsqu'on examine ce cas dans les cadavres, l'on trouve encore, outre les phénomènes mentionnés ci-dessus, que la matrice n'est pas encore tout-à-fait rétrécie & épaisse.

Lorsqu'on visite une femme long-tems après qu'elle a accouché, pour savoir si elle est mère, il est alors plus difficile de faire un rapport. Voici les signes auxquels on doit faire attention:

1.^o Le frein de la vulve est rompu & la fosse naviculaire effacée. 2.^o On apperçoit sur le bas-ventre plusieurs raies transversales & blanches, qui s'étendent jusqu'aux mamelles, & ne ressemblent en rien à celles des autres cicatrices. 3.^o Les mamelles sont flasques, les mamelons fort gros & entourés d'une aréole noirâtre, lors sur-tout que la mère a donné à tetter à son enfant. 4.^o Les jambes & les fesses sont couvertes de taches bleuâtres. 5.^o Le vagin est un peu dilaté & ses rides effacées en partie. 6.^o L'orifice de la matrice n'est point entièrement fermé; il est saillant, rond & inégal, au lieu que dans tout autre cas, il est uni, égal, dur, pointu ou d'une figure conique, presque fermé, & sa lèvre antérieure plus longue que la postérieure.

Tous ces signes, du moins la plupart, peuvent s'effacer avec le tems; mais les inégalités de l'orifice de la matrice restent; par exemple, la fente à la *fig. 5. lett. C de la Pl. II.*, & la dé-

chirure du frein de la vulve; ce sont aussi les indices les plus certaines, qui confirment l'état d'être mère; mais il y a d'autres causes extérieures qui peuvent occasionner la rupture du frein, & l'orifice de la matrice peut avoir reçu ces cicatrices inégales par des ulcères: on doit dans ce cas examiner, si les deux parties sont attaquées en même tems; car l'orifice de la matrice n'a pas subi un changement dans le premier cas, & le frein de la vulve dans le second.

On doit encore observer, qu'une femme peut accoucher d'un avorton ou d'une môle, sans que l'orifice de la matrice, ni le frein se déchirent & sans laisser aucune marque qui puisse faire juger, si elle a fait une fausse-couche, ou si elle s'est délivrée d'une môle.

FIN DE LA I.^e PARTIE.





ÉCOLE PRATIQUE

DES

ACCOUCHEMENS.

II. PARTIE.

Des Accouchemens laborieux & contre-nature en général.

Pour que la nature puisse terminer l'Accouchement avec facilité & sans aide, il faut, comme je l'ai déjà dit à l'article de l'Accouchement naturel, 1.^o, que la femme jouisse d'une bonne santé, & qu'elle accouche dans le tems requis, c'est-à-dire, d'un enfant à terme. 2.^o Que le bassin & les autres parties de la génération aient une bonne conformation. 3.^o Que l'axe de la matrice & de l'enfant aient la même direction que celui du bassin. 4.^o Que les douleurs soient vraies, fortes & expulsives. 5.^o Que l'enfant soit sain & bien conformé, & qu'il ait une

proportion convenable avec son passage. 6.^o Ce dernier doit présenter la tête seule au passage, & de façon qu'il ait le front tourné du côté de l'os sacrum & l'occiput de celui du pubis, afin que la nature termine seule l'Accouchement au bout de six ou huit heures.

Lorsque quelqu'une de ces circonstances manque, ou que l'enfant n'est expulsé par la nature que très-lentement & avec des accidens particuliers, l'on dit que *l'Accouchement est naturel & laborieux*: si au contraire l'enfant ne peut venir au monde par l'opération de la nature, mais uniquement avec le secours de l'art, je veux dire, en le tournant & terminant l'Accouchement par les pieds, ou à l'aide des instrumens, l'on dit que *l'Accouchement est laborieux & contre-nature*.

On peut rencontrer des cas, où l'Accouchement est long & laborieux, sans qu'il ait des mauvaises suites; mais il peut y en avoir d'autres, qui le rendent non-seulement difficile & contre-nature, mais même absolument impossible. Les vices qui retardent l'Accouchement, peuvent se trouver dans la mère ou dans l'enfant, ou dans l'une & l'autre ensemble. Je vais les détailler chacun en particulier.

C H A P I T R E I.

De l'Accouchement laborieux, occasionné par les défauts corporels de la mère.

LEs défauts de la mère, qui retardent l'Accouchement & le rendent pénible & laborieux, sont en très-grand nombre; mais on peut les réduire aux défauts suivans :

1 Les vices du bassin.

2 Les vices des lèvres de la vulve.

3 ——— du vagin.

4 ——— de l'orifice de la matrice.

5 ——— de la matrice.

6 ——— des parties contigues.

7 ——— des douleurs.

8 ——— des forces de la mère.

J'ai déjà parlé des vices du bassin, dans la description que j'en ai donné, & je vais parler ici de ceux des parties molles.

ARTICLE I.

Des vices des grandes & des petites lèvres de la vulve.

Lorsqu'une femme accouche pour la première fois, on s'aperçoit aisément, que plus le vagin est dilaté par la descente de la tête de l'enfant, plus les grandes lèvres, qui sont contigues au vagin, se retirent en dedans; & c'est la raison pour laquelle leur gonflement peut retarder l'Accouchement & le rendre laborieux. Elles méritent par conséquent toute l'attention des Accoucheurs & des Sages-femmes. Je mets au nombre des vices des grandes lèvres:

1.º Leur enflure œdémateuse.

2.º Une tumeur sanguine.

3.º Leur inflammation & les abcès.

4.º Leur dureté & leur rénitence.

L'enflure œdémateuse des grandes lèvres.

Les grandes & les petites lèvres sont quelquefois vers la fin de la grossesse extraordinairement enflées; ce qui empêche la femme enceinte de marcher, & l'oblige quelquefois plusieurs semaines avant d'accoucher, de garder le lit, parce qu'elle ne peut point approcher les cuisses l'une contre l'autre.

Ces fortes d'enflures sont quelquefois très-considérables, blanches & transparentes, & causent à la femme une tension douloureuse. Elles sont occasionnées par la pression de la matrice sur les veines iliaques, & par la difficulté du retour du sang des parties inférieures.

Comme la cause de ces enflures peut subsister tant que la matrice n'est pas vidée, il est évident que les remèdes topiques, tels, par exemple, que les fomentations astringentes, ne peuvent être d'une grande utilité; mais lorsque les lèvres sont si considérablement enflées, lorsque l'Accouchement approche, qu'elles s'opposent au toucher, elles peuvent retarder l'Accouchement & le rendre très-pénible & très-douloureux: il faut dans ce cas les inciser, même jusque dans le corps graisseux, pour que la sérosité qu'elles contiennent, puisse s'écouler pendant les douleurs de l'enfantement, au moyen de quoi l'enflure se dissipera souvent en peu de tems. Lorsqu'on néglige de faire ces incisions, elles peuvent se gangréner, à cause du frottement & des contusions qu'elles éprouvent.

On est quelquefois obligé, chez des femmes craintives, d'appliquer des vésicatoires, partie sur les lèvres, après en avoir rasé le poil & partie sur les cuisses; ce qui ne peut avoir un effet aussi prompt ni aussi efficace, que la première opération.

SECTION II.

La tumeur sanguine de grandes lèvres.

Il arrive quelquefois que les grandes & petites lèvres, le vagin & même toute la vulve sont si remplis de sang extravasé dans le tissu cellulaire, qu'elles sont rouges, bleuâtres, enflées, dures & douloureuses, & s'enflamment; ce qui occasionne un Accouchement très-douloureux & très-laborieux; & dans le cas, où la femme seconde ses douleurs avec force, les lèvres & le vagin peuvent se déchirer, d'où s'ensuivent une hémorrhagie dangereuse, des ulcères malins & même la gangrène.

Il faut dans ce cas-ci saigner promptement la femme du bras ou du pied, la faire coucher & bassiner continuellement la vulve avec des compresses trempées dans du lait tiède. Dans le cas, où il y a du danger, on retournera l'enfant & on l'extraira par les pieds.

SECTION III.

L'inflammation & l'abcès de grandes lèvres.

Il arrive dans les Accouchemens lents & laborieux, que non-seulement les grandes & les petites lèvres s'enflamment, mais aussi les plis du vagin. Ces parties enflées & enflammées sont pendant l'expulsion de la tête de l'enfant très-douloureuses; elles se dessèchent & s'échauffent; ce qui retarde l'Accouchement & le rend laborieux: de plus, cette inflammation se termine très-souvent après l'Accouchement par une gangrène, qui peut causer la mort à la femme. Il faut dans ce cas-ci avoir promptement recours à la saignée, qu'on réitérera selon le besoin; donner intérieurement des remèdes antiphlogistiques,

& faire appliquer sur la partie le cataplasme émollient, sur-tout avec l'eau de Goulard.

Si cette tumeur annonce la suppuration, il faut y appliquer l'onguent de la mère & le cataplasme par dessus, & l'ouvrir le plutôt qu'il est possible le plus bas que l'on peut, sans quoi on auroit à craindre des très-mauvaises suites.

SECTION IV.

La dureté & la rénitence de ces parties.

Les femmes avancées en âge, ou qui pour la première fois deviennent enceintes passé leur 40^e année, ont les parties moins extensibles, & sont par conséquent sujettes à des Accouchemens longs & laborieux.

Tout ce qu'on peut faire dans pareil cas, est de les exhorter à la patience & de ramollir leurs parties avec des demi-bains, la vapeur de l'eau chaude & des injections dans le vagin.

ARTICLE II.

Des vices du vagin.

Les vices du vagin sont d'une plus grande importance que ceux des lèvres; mais nonobstant l'on observe souvent, que la sage nature les vainc d'une manière surprenante. On met au nombre des vices du vagin:

- 1.^o Son étroitesse contre-nature.
- 2.^o La réunion du vagin.
- 3.^o L'existence de l'hymen ou de telle autre membrane contre-nature.
- 4.^o Les tumeurs.

- 5.° Sa chute.
- 6.° Sa hernie.
- 7.° Son inflammation.
- 8.° Les ulcères & excoriations douloureuses.
- 9.° Sa trop grande sécheresse.
- 10.° Ses contractions convulsives.
- 11.° Son ouverture dans le rectum.
- 12.° ————— au-deffous du nombril.

SECTION I.

L'étroitesse contre-nature du vagin.

On trouve des femmes, dont le vagin est si étroit, soit par un vice de conformation, soit en conséquence des cicatrices & des duretés qui s'y sont formées après des ulcères ou des déchiremens, qu'on peut à peine y introduire le doigt, & qui cependant sont devenues enceintes sans l'intromission du membre viril, la semence n'arrosant que les parties externes de la femme. On a de plus observé, que le pouvoir admirable de la nature a pu dilater le vagin en moins de 18 heures, & heureusement terminer l'Accouchement sans le déchirement de ces parties.

Quelque étroit que soit le vagin, l'on ne doit pas désespérer du succès de l'Accouchement. On lit dans les Mémoires de l'Académie des sciences, qu'une femme mariée depuis 10 ans, avoit le vagin si étroit, qu'on pouvoit à peine y introduire le tuyau d'une plume à écrire : cette femme, dont les menstrues n'avoient point d'issue libre, sentit dans le tems qu'elles avoient coutume de paroître, une tension douloureuse dans ses parties

naturelles, & devint enceinte dans la onzième année de son mariage. Son Chirurgien opina, qu'elle ne pourroit jamais accoucher. Le vagin cependant commença à se dilater vers le cinquième mois de sa grossesse, au point, qu'au bout du terme il fut assez ouvert, pour lui procurer un Accouchement heureux.

Il faut dans ces fortes de cas, s'en rapporter à la nature, & supposé qu'elle n'ait pas assez de force pour surmonter cet obstacle, le lever avec des morceaux d'éponge préparés, un dilatatoire du vagin, &c.

SECTION II.

La réunion du vagin.

Il arrive quelquefois après des Accouchemens laborieux ou pour autres causes, que les plis du vagin s'ulcèrent & se colent ensuite en tout ou en partie. Ce vice paroît moins aisé à surmonter que les autres, & cependant on trouve des exemples, que la nature seule ou avec le secours de l'art, est venue à bout de le surmonter, sans qu'on ait été obligé d'avoir recours à l'opération césarienne. Il faut dans ce cas-ci, pour que l'Accouchement ait lieu, faire une ouverture à cette partie par incision, & au cas qu'on rencontre des duretés qui l'empêchent, les enlever: cette incision est plus facile, lorsque les lèvres s'étant réunies, bouchent seules l'orifice du vagin.

SECTION III.

L'existence de l'hymen.

Il arrive souvent chez les jeunes filles, que l'hymen bouche entièrement le vagin, & que le sang menstruel ne pouvant

avoir son cours, occasionne des douleurs & des tumeurs inflammatoires dans la circonférence de cette partie. Un coup de lancette suffit pour lever cet obstacle. Dans le cas où cette membrane soit trop coriace, & ne se déchire point tout-à-fait par la lancette ou par le coït, & que la femme devient enceinte, on apperçoit, lorsque le tems de l'Accouchement est venu, & que le sommet de la tête de l'enfant se présente à l'orifice du vagin, une membrane fémi-lunaire, qui s'oppose à sa sortie; il faut alors l'inciser avec des ciseaux ou tel autre instrument.

SECTION IV.

Les tumeurs dans le vagin.

Les tumeurs dures, les polypes, &c. qui remplissent le vagin, peuvent totalement empêcher l'Accouchement; & c'est dans des cas pareils, que quelques Auteurs recommandent la section césarienne; mais puisque l'on peut avec plus d'aisance couper ou lier ces tumeurs, sur-tout les polypes, & que cette opération n'est point accompagnée de tant de danger, que celle de la section césarienne; puisque l'hémorrhagie s'arrête durant l'Accouchement, par la compression de la tête de l'enfant sur ces parties, & après l'Accouchement, par la contraction du vagin: il est bien plus avantageux d'emporter ces tumeurs avant l'Accouchement, à moins qu'on ne s'apperçoive qu'elles font de peu de conséquence, & que la nature peut vaincre l'obstacle qu'elles opposent à la sortie de l'enfant.

SECTION V.

La chute du vagin.

Lorsque le vagin, pour quelque cause que ce soit, sort en tout ou en partie hors de la vulve, il n'oppose aucun obstacle

à l'Accouchement, mais lorsque pendant ce dernier on n'a pas la précaution de faire rentrer la partie qui sort, elle peut se couler entre la tête de l'enfant & la sortie du bassin, où elle peut être contusée & excoriée au point, que l'inflammation & même la gangrène surviennent; ce qui donne occasion à une couche ennuyeuse & pénible.

La Sage-femme doit avoir la précaution dans le commencement du travail, de repousser avec deux doigts le bourrelet du vagin relâché le plus haut qu'elle peut, & l'y maintenir, jusqu'à que la tête de l'enfant soit placée dessus, pour empêcher sa chute.

SECTION VI.

La hernie du vagin.

Il arrive quelquefois qu'une portion du rectum se coule dans le vagin, en sort & cause une hernie, que l'on croit être celle du vagin même. Cette portion est remplie d'excrémens endurcis, qui rétrécissent le passage, par lequel l'enfant doit sortir. Il faut dans ce cas-ci les évacuer par le moyen de quelques lavemens.

Il arrive aussi que la vessie urinaire tombe dans le vagin, & qu'étant remplie d'urine, elle s'oppose non-seulement à la sortie de l'enfant, mais elle peut aussi crever, à cause des efforts qu'il fait; ce qui peut avoir des suites mortelles. Il faut dans ce cas la vider le plus promptement qu'il est possible avec l'algalie.

SECTION VII.

L'inflammation du vagin.

Toutes les fois que les plis du vagin, seuls ou en même tems les lèvres de la vulve sont attaquées d'une inflammation, ac-

compagnée d'une tumeur, non-seulement le passage pour l'enfant se rétrécit, mais les douleurs sont plus sensibles à la femme qu'à l'ordinaire; ce qui est cause qu'elle ne peut pas bien les aider, que le vagin se dessèche, & que par conséquent l'Accouchement est retardé. Il faut alors saigner la femme, lui prescrire des remèdes propres à diminuer l'inflammation, & lui injecter dans le vagin une décoction faite avec des herbes émollientes.

SECTION VIII.

Les ulcères & excoriations douloureuses du vagin.

Les femmes, dont les parties sont affectées d'un virus vénérien, ont souvent le vagin rempli d'ulcères, qui l'empêchent de se dilater autant qu'il le faut dans l'Accouchement, sans leur causer des douleurs très-aigues. Elles ne peuvent faire valoir les douleurs, elles tâchent au contraire de les diminuer, ce qui retarde l'Accouchement. On doit tâcher d'amollir le vagin pour adoucir les douleurs, avec des injections faites avec de l'huile & le mucilage de racine de guimauve ou des pépins de coin, & la fumée de l'eau chaude. On exhortera encore la femme à soutenir ses douleurs, puisqu'elle mérite ordinairement ce châtiment.

SECTION IX.

La sécheresse du vagin.

Sur la fin de la grossesse & sur-tout durant l'Accouchement, il sort des glandes pituitaires de l'orifice de la matrice & du vagin une mucosité, qui humecte, relâche & lubrifie toutes les parties, par lesquelles l'enfant doit sortir, & empêche le frottement que la tête de l'enfant leur peut causer. Lorsque cette mucosité n'est pas assez abondante, ou qu'on l'enlève à plu-

fieurs reprises avec le doigt, le vagin se dessèche entièrement. Il faut dans ce cas, au défaut de la mucosité naturelle, y injecter l'artificielle, faite avec une dissolution de gomme arabique, des pépins de coïn, de la racine de guimauve, &c. mêlée avec de l'huile.

S E C T I O N X.

Les contractions convulsives du vagin.

Il n'est pas rare d'observer chez les femmes qui ont le système nerveux très-sensible, que le vagin tombe dans des contractions convulsives, qui empêchent la sortie de l'enfant, ou qu'après que la tête est sortie, ferment aussi fortement son tronc, que s'il étoit enveloppé d'un gant de cuir. L'orifice du vagin serre aussi quelquefois le cou de l'enfant, lorsqu'on l'extrait par les pieds, & avec tant de force, qu'on lui arracheroit plutôt la tête, que de la tirer dehors. On doit, pour appaiser ces mouvemens convulsifs, donner à la malade quelques gouttes anodines, lui prescrire le repos, lui oindre le vagin avec de l'huile & y joindre la vapeur de l'eau chaude. Après que ces contractions spasmodiques seront un peu calmées, on repoussera l'orifice du vagin en arrière, en le glissant sur la tête de l'enfant, & l'on préviendra pendant ce manuel, le déchirement du périnée.

S E C T I O N X I.

L'ouverture du vagin dans le rectum, ou au-dessous du nombril.

On a vu avec étonnement que la nature a choisi chez quelques femmes un endroit contre-nature, pour y placer le vagin & la vulve. Comme ce jeu de la nature est extrêmement rare, il convient d'en parler ici; car s'il arrive qu'une pareille femme

devienne enceinte , l'Accoucheur ne fait comment s'y prendre pour la délivrer. Les observations qu'on a faites ci-dessus , prouvent que dans ces sortes d'occasions , on ne doit point désespérer de sauver la femme , lorsqu'elle a assez de courage , & l'Accoucheur assez de génie pour terminer l'Accouchement par les pieds ; par une incision convenable ou autre manuel , que le bon sens lui dicte. L'observation suivante est du célèbre HUXHAM , & peut donner beaucoup de lumière dans des occurrences pareilles.

Une femme âgée de 23 ans épousa un batelier fort & vigoureux & devient enceinte , quoiqu'elle n'eut qu'une petite ouverture au-dessous du nombril , dans laquelle on pouvoit à peine introduire le doigt : cette ouverture servoit d'issue au flux menstruel & à l'urine ; & ce fut par ce même endroit , qu'elle devint enceinte. Deux travers de doigt au-dessous du nombril , il y en avoit une seconde , qui admettoit à peine l'introduction du petit doigt. Sous ces deux ouvertures , il y en avoit une troisième ; c'étoit l'anus , lequel étoit placé dans l'endroit où il a coutume de l'être. L'Accoucheur qui y fut demandé , fonda avec le petit doigt la première ouverture , & n'y trouva point d'orifice de la matrice : il s'aperçut que la seconde ouverture étoit séparée de la première , par une forte membrane & il soupçonna que c'étoit dans la première ouverture qu'aboutissoit l'orifice de la matrice. Le terme de l'Accouchement approchoit : l'enfant s'agitoit vivement , les pâmoisons & les défaillances de la mère , les douleurs violentes qu'elle éprouvoit , & durant lesquelles le vagin ne se dilatoit point , étoient cause que l'Accoucheur & les assistans craignoient , & avec raison , pour la vie de la femme. L'Accoucheur qui avoit le cœur naturellement compatissant , & qui vouloit la sauver , s'y prit de la manière que voici : il introduisit un bistouri dans la seconde ou-

verture, & incisa la membrane & toutes les parties molles qui les sépareroient; il introduisit ensuite la main dans l'orifice de la matrice, qui se dilata, & dans lequel il sentit la tête de l'enfant, dans la bouche du quel il introduisit deux doigts, & en tira une fille bien faite & bien portante. La mère est restée vivante, la plaie pour la plupart fermée, & il ne lui restoit d'autre incommodité, qu'une petite descente.

On a vu des femmes qui n'avoient ni grande fente, ni vagin, & dont l'urètre étoit placé à la région ordinaire du pubis. L'orifice de la matrice s'ouvre alors dans le rectum; & c'est par cet endroit que les femmes conçoivent & accouchent. Ce fut par ce même endroit que MR. HOFFMANN, Chirurgien-Major des hôpitaux militaires à Maëstricht, accoucha la femme d'un Capitaine. J'en ai vu une autre, dans laquelle l'orifice du rectum étoit placé au milieu du vagin. L'anüs étoit tellement effacé, qu'il n'en restoit pas le moindre vestige.

ARTICLE III.

Des vices de l'orifice de la matrice.

Les vices de l'orifice de la matrice ont des conséquences infiniment plus dangereuses que ceux du vagin, & exigent souvent le secours de l'art, quoique la nature y remédie quelquefois elle-même. Ces vices sont :

- 1.° La réunion de l'orifice de la matrice.
- 2.° La dureté de ses bords.
- 3.° Les tumeurs qui s'y forment.
- 4.° Son inflammation.
- 5.° Sa chute ou descente.
- 6.° Sa contraction convulsive.

SEC-

SECTION I.

La réunion de l'orifice de la matrice.

On a observé que quelques femmes ont l'orifice de la matrice fermé pendant tout le tems que leur grossesse dure, ce qui peut provenir de deux causes; par exemple, des ulcères qui s'y forment, de ce qu'il s'est déchiré dans l'Accouchement qui a précédé, & s'est fermé après que la femme a eu conçu. A l'égard de celles qu'on prétend être venues au monde avec l'orifice de la matrice tout-à-fait fermé & réuni, il paroît, qu'il doit avoir eu une petite ouverture du tems de la conception, qui après s'est fermée durant la grossesse.

On s'apperçoit de ce vice, lorsqu'introduisant le doigt dans le vagin dans le fort des douleurs, on sent descendre une portion de la matrice dans le vagin, sans que l'orifice de la matrice s'ouvre. Il faut dans ce cas l'inciser avec une lancette cachée, dont la pointe ne soit pas trop aigue, en la conduisant le long d'un doigt de la main gauche, jusqu'à l'orifice. On doit faire cette incision avec beaucoup de précaution, sur-tout lorsque les douleurs sont violentes, de crainte de percer la tête de l'enfant. Il faut auparavant s'assurer, si cet orifice est véritablement fermé; car il arrive souvent la première fois qu'une femme accouche, qu'on ne peut le trouver, soit dans le fort, soit hors des fausses douleurs, & que lorsque les vraies surviennent, il s'ouvre & se dilate peu à peu, pour donner passage à la tête de l'enfant. C'est à quoi l'on a à réfléchir, pour ne pas faire une opération inutile & dangereuse.

SECTION II.

L'endurcissement des bords de l'orifice de la matrice.

Le rétrécissement du col de la matrice, causé par des ulcères

II. Partie.

B b

& des excoriations du tems de l'Accouchement & par d'autres maladies, peuvent de même endurcir son orifice & rendre ses bords calleux. Lorsqu'on s'apperçoit de cette incommodité quelque tems avant l'Accouchement, l'on doit tenter sa résolution avec le mercure, la ciguë & autres remèdes résolutifs; mais si la femme est en travail, l'on doit faire une incision dans l'orifice de la matrice, & terminer l'Accouchement par les pieds. On ne doit pas se fier à la vapeur de l'eau chaude, que quelques-uns ont recommandée dans cette circonstance.

Mr. SIMSON nous instruit lui-même de la manière dont il se conduisit dans une pareille occasion : ayant été appelé auprès d'une femme, qui étoit en travail depuis trois jours, & dont il avoit inutilement tenté de dilater l'orifice de la matrice, il s'apperçut que les parois du col de ce viscère étoient collées ensemble; ce qui l'obligea d'y faire une incision d'environ un demi-pouce de profondeur; mais cela ne lui procura pas assez d'ouverture, nonobstant que la tête de l'enfant s'y engagea, & il fut obligé de faire plusieurs autres incisions tout autour du bord calleux de l'orifice, avant que l'Accouchement pût avoir lieu. Il nous assure qu'il ne sortit aucune goutte de sang, & que la femme ne sentit aucune douleur. M. HENKEL pratiqua dans un pareil cas ces incisions, & avec le même succès. L'Accoucheur qui les fait, ne doit craindre aucune hémorrhagie, & ne point s'effrayer, quand il en surviendrait une, vu que ces sortes d'hémorrhagies sont peu considérables. Les parties endurcies rendent très-peu de sang, & au cas qu'il en survienne, on peut aisément l'arrêter, en appliquant sur la plaie un morceau d'amadou, que l'on contient avec la main. Mr. LOUIS dans son Mémoire sur les concrétions calculeuses de la matrice, nous a

donné la méthode d'agrandir son orifice, par le moyen d'une espèce de ciseaux droits, dont les lames longues d'un pouce, ont le dos tranchant.

SECTION III.

Les tumeurs à l'orifice de la matrice.

Les tumeurs qui se forment à l'orifice de la matrice, rendent l'Accouchement toujours laborieux, & même impossible lorsqu'elles sont considérables. HILDANUS a vu mourir une femme le septième jour du travail, & trouva, en ouvrant son cadavre, la matrice déchirée & la tête de l'enfant tombée dans la cavité du bas-ventre. La cause de cet accident étoit une tumeur squirrheuse aussi grosse, que la tête d'un enfant, placée à l'orifice de la matrice. AMAND a pareillement trouvé une tumeur squirrheuse à l'orifice de la matrice, d'une telle grosseur, qu'on croyoit, en la touchant, sentir la tête ou les fesses de l'enfant. Ce dernier vint à bout d'accoucher la femme, parce que toutes les parties de l'enfant étoient pourries & flétries. BARTHOLIN nous a communiqué une pareille observation.

Comme, dit Mr. SIMON, dans son excellent Traité sur l'opération césarienne, l'ouverture de l'orifice de la matrice doit être proportionnée avec le corps, auquel il sert de passage; il s'ensuit, que les tumeurs squirrheuses considérables doivent absolument empêcher le passage de l'enfant. Lorsqu'on ne peut enlever ces tumeurs qui forment cet obstacle, il faut avoir recours à l'opération césarienne. Si l'on extirpoit ces tumeurs durant le travail, l'irritation que l'on occasionneroit, jointe à la communication qu'ont les vaisseaux sanguins avec ceux de la matrice, causeroit une hémorrhagie dont, les suites pourroient être funestes.

Comme l'opération césarienne n'est pas moins dangereuse, le plus prudent, lorsqu'on peut extirper ces sortes de tumeurs, est de préférer cette opération à l'autre.

SECTION IV.

L'inflammation de l'orifice de la matrice.

Il arrive quelquefois, même dans l'Accouchement simple ou naturel, que l'orifice de la matrice est affecté en tout ou en partie d'une inflammation, c'est-à-dire, dans sa lèvre antérieure ou postérieure. On s'apperçoit au toucher que cet orifice est épais, dur, sec, douloureux & brûlant. Il faut dans ce cas recourir à la saignée & aux topiques qui peuvent l'appaiser. La décoction de semence de lin & d'eau de saturne en forme d'injection, est excellente pour cet effet.

SECTION V.

La descente de l'orifice de la matrice.

Lorsqu'une portion de la matrice tombe avant l'Accouchement dans la cavité du bassin, sans que cette dernière partie soit trop large, elle est pressée par la tête de l'enfant contre sa paroi osseuse ; ce qui rend l'Accouchement long & douloureux. Il faut alors que la femme se couche sur son lit, les fesses fort élevées, & que l'Accoucheur retienne avec ses doigts cette partie, jusqu'à ce que la tête de l'enfant soit sortie.

SECTION VI.

La contraction convulsive de l'orifice de la matrice.

On observe quelquefois, durant les fausses douleurs, que

l'orifice de la matrice se contracte tellement, qu'il se montre tout-à-fait dur au toucher, & les douleurs poussent la matrice de bas en haut. Cette contraction spasmodique de l'orifice & du col de la matrice, rend l'Accouchement plus pénible & plus laborieux, que les douleurs naturelles: il faut donc employer l'opium. Cette contraction augmente quelquefois, lorsque la tête de l'enfant est hors de l'orifice de la matrice; si alors cette convulsion dure longtems, l'enfant est étranglé, la circulation du sang de la tête est interrompue, & l'enfant meurt. Il est vrai que lorsqu'on l'extrait par les pieds, ses deux bras placés à côté de la tête, l'on prévient cet étranglement; mais on trouve quelquefois de grandes difficultés à surmonter, à cause de cette contraction, avant de pouvoir terminer l'Accouchement. Lorsque l'Accoucheur est obligé, soit à cause de la mauvaise position des bras, soit à cause de la tête ou pour d'autres raisons, de dégager les premiers & de les tirer, il doit pendant cette opération, bien soutenir l'enfant de l'autre main, sur-tout, lorsqu'il y a une forte douleur expulsive; & après avoir tiré les deux bras, placer le pouce sous son menton, & l'index & le doigt du milieu à côté du nez, & même dans sa bouche, quand le cas l'exige: on tire doucement avec l'une des mains les pieds de l'enfant, & de l'autre on comprime le menton contre la poitrine; on recommande à la femme de bien faire valoir ses douleurs, & c'est ainsi qu'on termine l'Accouchement. *Voyez la Pl. X. fig. 8. & la Pl. XI. fig. 10.*

A R T I C L E IV.

Des vices de la matrice.

Les obstacles les plus remarquables dans l'Accouchement naturel, peuvent provenir de la matrice même, & les vices

auxquels elle est sujette , méritent la plus grande attention.
On compte parmi les principaux :

- 1.° Sa position oblique.
- 2.° Sa hernie.
- 3.° Son inflammation.
- 4.° La gangrène.
- 5.° Son inertie.
- 6.° Son déchirement.
- 7.° Sa séparation du vagin.
- 8.° Son hémorrhagie.

SECTION I.

La position oblique de la matrice.

La plupart des Ecrivains modernes font mention de l'obliquité de la matrice , & nous sommes redevables de sa connoissance à DEVENTER. Quelques-uns nient qu'elle ait lieu ou qu'elle puisse former un obstacle à l'Accouchement , & de ce nombre sont MM. CAMPER & CHAPMAN. La profession que j'exerce , m'a mis à même de connoître , non-seulement que l'obliquité de ce viscère a lieu , mais qu'elle peut encore rendre l'Accouchement long , laborieux & pénible.

La matrice est obliquement située , lorsque son fond & son orifice ne correspondent point avec l'axe du bassin.

Dans ce cas-ci , l'Accouchement est laborieux , & quelquefois impossible sans le secours de l'art , parce que la tête de l'enfant ne se trouve point directement dans la cavité du bassin , mais pressée contre sa face osseuse , vers laquelle l'orifice de la matrice est tournée.

On met au nombre des principales causes de cette déviation ou obliquité de la matrice: le défaut de conformation primordiale, la trop grande courbure des os des îles, la difformité du bassin, la position trop haute de la matrice, l'implantation du placenta hors de son fond, l'extension du colon, de la vessie urinaire, des ovaires ou autre tumeur contre-nature, qui pousse la matrice hors de son assiette naturelle. Ce viscère peut aussi dévier chez les femmes bossues & boiteuses.

La matrice peut être obliquement située de quatre manières, favoir :

1°. Vers l'os des îles droit.

2°. ————— gauche.

3°. vers l'os pubis.

4°. vers l'os sacrum.

Ce sont-là les quatre principales obliquités de la matrice, mais elle peut être déviée dans tous les sens possibles par ces différentes causes.

Cette obliquité peut être complète ou incomplète. Elle est complète, lorsque l'orifice de ce viscère est tourné pour la plus grande partie ou entièrement vers la paroi des os du bassin, de manière, qu'on ne peut le toucher ni en tout, ni en partie. Elle est incomplète, lorsque son axe n'est pas le même que celui du bassin, & qu'il est tourné de façon, qu'on peut en toucher la moitié ou entièrement.

La matrice s'incline pour l'ordinaire de côté, rarement en arrière, & très-rarement en avant. Je vais traiter de chacune de ces obliquités en particulier.

On connoît l'obliquité de ce viscère , à la forme extérieure du ventre , & en touchant son orifice.

Lorsque l'orifice de la matrice penche vers l'os des îles droit, on le connoît aux signes suivans:

1°. La grosseur du ventre n'est point directement dans le milieu, mais du côté gauche.

2°. On sent dans la cavité du petit bassin, un corps rond & charnu, formé par la pression de la tête de l'enfant sur le col de la matrice.

3°. L'orifice de la matrice est placé fort haut dans le bassin, & porte sur le bord inférieur de l'os des îles droit.

4°. Les eaux ne forment point une superficie ronde & convexe, mais un oval allongé. *Voyez la Pl. VI. fig. 5.*

5°. Les douleurs, à cause de la contraction irrégulière de la matrice, sont plus violentes & plus sensibles , & comme elles n'augmentent point la poche qui les renferme , & qu'elles ne font point avancer la tête de l'enfant , on les regarde souvent comme des douleurs fausses.

6°. Les eaux percent de bonne heure , & s'échappent toutes sans que la tête avance au passage.

7°. La jambe & la cuisse gauche de la femme sont ordinairement plus enflées que les droites, & elles lui causent une sensation lourde.

Ce sont-là les signes qui font connoître, que l'orifice de la matrice penche vers le côté droit, ils sont opposés, lorsqu'il s'incline vers le gauche.

L'issue

L'issue de l'Accouchement, lorsqu'on n'emploie aucun secours, varie, selon que l'obliquité est complète ou incomplète.

Lorsque la matrice ne dévie qu'incomplètement, les douleurs fausses se changent peu à peu en douleurs vraies, & poussent la tête de l'enfant insensiblement en avant; & comme par ces mouvemens expulsifs, la tête reçoit une position oblique, on sent la tumeur que cause ordinairement l'enfant en naissant sur le sommet de la tête, sur le pariétal.

L'issue de l'Accouchement est bien plus défavorable, lorsque l'obliquité de la matrice est complète; car dans ce cas la violence des douleurs fait avancer la tête de l'enfant dans la même direction; ce qui est cause qu'il présente souvent l'oreille au passage.

L'orifice & le col de la matrice se déchirent quelquefois, & pour lors, l'enfant peut s'affoiblir au point, qu'il meurt en venant au monde. Lorsque l'obliquité est très-considérable, il peut arriver que la pression violente de la tête de l'enfant sur ces mêmes parties & sur l'os des îles, s'enflamment & se gangrènent; ce qui empêche l'Accouchement, & est également funeste à la mère & à l'enfant.

On ne doit point regarder cette obliquité de la matrice, quelque légère qu'elle puisse être, comme une chose indifférente, ni s'en rapporter entièrement à la nature; mais remédier à celle qui est incomplète, en faisant prendre une position convenable à la mère, & à celle qui est complète, en retournant l'enfant.

Lorsque l'obliquité de l'orifice de la matrice est cause qu'il

porte sur le bord inférieur de l'os des îles droit, il faut faire coucher la femme sur le même côté, pour que le fond de ce viscère s'affaisse & se porte vers le milieu du ventre, pendant qu'une aide souleve avec les deux mains, le ventre de la femme.

Au moyen de cette opération, le fond de la matrice se rapproche du côté droit; son orifice se trouve sur l'axe du bassin, se dilate davantage à mesure que les douleurs augmentent, & la tête de l'enfant s'avance, sans rencontrer aucun obstacle. La femme doit dans cette situation soutenir ses douleurs, jusqu'à que la tête soit entrée dans la cavité du petit bassin, & alors elle peut se recoucher sur le dos.

Lorsque la trop grande obliquité de la matrice est cause que la tête de l'enfant ne peut se rencontrer sur l'axe du bassin, ni entrer dans sa cavité, l'on doit, sans hésiter, retourner l'enfant, & l'extraire par les pieds.

La troisième espèce d'obliquité de la matrice est celle, dans laquelle son orifice est tourné vers la saillie de l'os sacrum, & son fond incliné en devant en forme de besace.

Voici les signes qui indiquent cette obliquité:

1.^o Le bas-ventre s'affaisse tellement en forme de besace, que quand la femme est assise, il repose sur ses cuisses.

2.^o La région des côtes est moins tendue & moins remplie, que lorsque la matrice est dans sa situation naturelle.

3.^o Lorsqu'on introduit le doigt dans le vagin, l'on sent à l'entrée du petit bassin un corps rond & charnu, qui n'est autre chose que le col de la matrice, que l'occiput de l'enfant pousse dehors.

4.º On ne peut rencontrer l'orifice de la matrice, que lorsqu'on introduit toute la main dans le vagin.

5.º Le fond de la vessie urinaire est si fort comprimé, que la femme est obligée d'uriner à chaque instant.

6.º La poche des eaux, formée par une partie des membranes, prend la même figure, que dans les autres obliquités de la matrice, & les douleurs sont pareillement violentes, mais infructueuses.

Cette espèce d'obliquité exige une attention particulière, pour ne point s'y méprendre. On fait qu'à la fin de la grossesse le fond de la matrice est incliné en devant; que l'orifice est parallèle à son fond, & par conséquent tourné vers la courbure supérieure de l'os sacrum; c'est ce qui fait qu'on ne peut atteindre qu'avec peine à l'orifice de la matrice. Il peut arriver aisément que la femme, pour des raisons qu'on ignore, ressente des douleurs fausses, sans que le terme de son Accouchement soit encore arrivé. Si l'on s'imaginait alors, que la cause de ces douleurs est la déviation de la matrice, l'on agiroit aisément avec violence pour atteindre à son orifice, le vouloir dilater, en idée de tirer l'enfant par les pieds, en quoi l'on commettrait la plus lourde bétise. Il faut auparavant examiner, si ces fausses douleurs sont les mêmes, dont j'ai parlé ci-dessus, de même que les signes qui prouvent qu'elles sont occasionnées par l'obliquité de la matrice, dont j'ai également fait mention. J'ai dit aussi que l'orifice de ce viscère, à la fin de la grossesse, étoit toujours tourné vers l'os sacrum; & c'est pourquoi, l'on ne doit pas si légèrement se mettre en peine de cette obliquité de la matrice; car lorsque le tems de l'Accouchement est

venu, son orifice entre plus avant dans le petit bassin, & se tourne sur l'axe de ce dernier, au moyen de quoi, l'Accouchement se fait naturellement, & souvent en très-peu de tems.

Lorsqu'on s'apperçoit que les fausses douleurs sont occasionnées par l'obliquité du fond de la matrice, incliné en devant, & que le tems de l'Accouchement est venu, ce que l'on connoît aux eaux qui se présentent & dilatent l'orifice de la matrice, malgré la difficulté qu'on trouve à y atteindre, on doit faire coucher la femme sur son lit, les fesses les plus élevées qu'on peut, lui faire soulever le ventre par les mains de deux aides, sur-tout à chaque fois que les douleurs augmentent, au moyen de quoi la matrice avance dans la cavité du bassin en peu de tems, son orifice se trouvera sur l'axe du bassin, & la femme accouchera heureusement & promptement. Lorsqu'il arrive le contraire, l'enfant entre par l'occiput dans le bassin, ce qui rend l'Accouchement très-laborieux, comme je le dirai ailleurs.

La 4^e & dernière espèce d'obliquité de la matrice, dans laquelle son orifice porte vers les os pubis, est la plus rare, & me paroît presque impossible. Il est vrai qu'on trouve des femmes, dont la conformation est si irrégulière, qu'on a de la peine à la décrire; mais lorsque cela est, elles doivent avoir les reins extrêmement saillans, pour que le fond de la matrice trouve un espace suffisant pour s'y loger; ce qui peut arriver, car j'ai envoyé à Mr. SANDIFORT, célèbre Professeur à Leyden un *cyphose*, ou une partie de la colonne vertébrale, dont quelques-unes des vertèbres du dos sont jointes ensemble par leur corps aux vertèbres des lombes. Il est donc possible de rencontrer la région lombaire tellement saillante, que le fond de la matrice ne trouve aucune résistance dans la cavité formée par cette saillie.

Lorsque cet accident arrive, & que les douleurs expulsives s'annoncent, on place la femme transversalement sur son lit, le corps appuyé sur ses coudes & ses genoux; on introduit la main, avec le dos de la même, tourné vers le pubis, entre ses fesses dans le vagin, & l'on se sert des doigts pour rapprocher avec prudence l'orifice de la matrice & la tête de l'enfant de l'axe du bassin, & si-tôt qu'elle est suffisamment engagée dans le détroit supérieur, il faut faire mettre la femme sur le dos ou sur le côté, où elle doit rester jusqu'à la fin du travail, & abandonner le reste de l'opération à la nature.

S'il arrive en conséquence de l'obliquité de la matrice, que l'enfant prenne une position contre-nature, il faut le retourner sur le champ & l'extraire par les pieds, pour achever l'Accouchement, avant que les eaux s'échappent.

SECTION II.

La hernie de la matrice.

Les hernies inguinales, lorsqu'elles ne sont point adhérentes au sac herniaire, disparaissent ordinairement durant la grossesse, parce que les intestins remontent à mesure que la matrice se distend, & que sa capacité augmente. Les hernies ombilicales augmentent au contraire pour les mêmes raisons. La sortie de l'intestin hors du nombril, devient quelquefois très-visible dans le tems de l'Accouchement, & il peut se former un étranglement, qui peut être suivi d'une inflammation, & même d'une gangrène. Il faut donc aussi-tôt, même avant l'Accouchement, non-seulement faire rentrer l'intestin, mais encore le contenir avec un bandage, qu'on assure avec la main, sur-tout pendant tout le tems, que les douleurs durent.

La hernie de la matrice est d'une nature bien plus funeste,

& a beaucoup de rapport avec son obliquité, quoiqu'il y ait beaucoup de différence entr'elles. Lorsque la matrice dans les premiers mois, ou même avant la grossesse, se fraie une issue par l'anneau des muscles obliques, & qu'on ne la fait pas rentrer aussi-tôt, elle peut, de même que l'enfant, se développer & s'étendre dans le sac herniaire. SENNERT & RUISCH font mention de pareils accidens. La femme d'un tonnelier voulant aider son mari à plier un cerceau, reçut de l'un des bouts un coup violent dans l'aîne gauche. Il lui survint quelque tems après une hernie inguinale, qui augmenta au point, qu'il fut impossible de la réduire, parce qu'elle étoit enceinte. La tumeur augmenta de jour en jour, & on la sentit très-distinctement à travers les mouvemens de l'enfant : elle devint enfin si considérable, que la femme fut obligée de la soutenir par le moyen d'un suspensoir, & qu'elle pouvoit la placer tantôt sur l'une & tantôt sur l'autre cuisse. Comme son état inquiétoit beaucoup ses parens & son mari, ils s'adressèrent à SENNERT, qui leur dit, qu'il n'y avoit pas d'apparence de pouvoir réduire la matrice & de l'accoucher par la voie naturelle, & qu'il falloit ouvrir cette tumeur pour extraire l'enfant. Le travail commença à la fin du neuvième mois; les douleurs furent fortes & de longue durée. On suivit le conseil de SENNERT, on ouvrit la matrice, & l'on en tira un enfant vivant, avec ses dépendances. On ne put faire rentrer la matrice après cette opération; on rapprocha les lèvres de la plaie au moyen d'une suture. La matrice se contracta peu à peu, & la femme paroissoit se bien porter, lorsqu'elle mourut inopinément de défaillance. On l'ouvrit sans pouvoir découvrir la cause de sa mort, parce que toutes les parties internes étoient dans leur état naturel.

Le fait que je viens de rapporter, ne prouve point tout-à-

fait , que l'opération césarienne soit , dans les hernies de la matrice , absolument nécessaire ; car nous lisons dans les ouvrages de RUSCH , qu'une femme , ensuite d'un abcès dans l'aîne , fut attaquée durant sa grossesse d'une descente , qui lui tomboit sur le genou. Les douleurs étant survenues , la Sage-femme fit rentrer la matrice & l'enfant qui étoit dedans , & accoucha la femme naturellement.

Dans le cas que SENNERT rapporte , la Sage-femme auroit dû pareillement faire des tentatives pour réduire la matrice , comme l'autre le fit dans le cas de RUSCH ; mais on pourroit facilement soupçonner , que la matrice étoit adhérente au sac herniaire dans le premier cas , & qu'il fut par conséquent impossible de la réduire.

SECTION III.

L'inflammation de la matrice.

Lorsque la vulve & les rides du vagin sont considérablement enflées & enflammées , qu'il survient une fièvre avec frisson & chaleur , que le pouls est dur & petit , que la lassitude est considérable , que la malade a une soif insatiable , & la langue couverte d'une viscosité noirâtre ; qu'elle a le ventre extrêmement sensible , & des nausées ; que les douleurs sont vives , courtes & entrecoupées , la matrice est pour lors attaquée d'une inflammation , & l'on ne peut , du moins sans danger , s'en rapporter entièrement à la nature.

On doit dans ce cas-ci ne point épargner la saignée , & employer les remèdes tant externes qu'internes , qui peuvent appaiser l'inflammation , & comme les premières douleurs ne sont pas assez fortes , eu égard à celles que la femme éprouve , pour produire leur effet , & qu'elles diminuent , à cause de la vio-

lence de l'inflammation, l'Accoucheur doit employer ses mains ou les instrumens, pour délivrer la femme le plutôt possible, s'il veut empêcher que la mère & l'enfant ne périssent ensuite d'une gangrène.

SECTION IV.

La gangrène de la matrice.

Lorsque la gangrène est occasionnée par l'inflammation de la matrice, ou par telle autre cause, les douleurs cessent pour l'ordinaire, & l'Accouchement ne peut s'effectuer par les forces seules de la nature. Il est donc nécessaire de connoître les signes qui indiquent la gangrène de la matrice.

Cette funeste maladie se manifeste par l'odeur cadavéreuse qui sort du vagin; par la bouffissure de cette même partie; par des ardeurs & des douleurs dans les lombes, des pâmoisons, la vitesse du pouls, & l'embrouillement de la tête, &c. Tous ces accidens se terminent ordinairement par la mort de la malade. Lorsqu'on voit qu'il n'y a plus d'espérance, l'on ne doit point, crainte de perdre sa réputation, être assez inhumain, pour l'exposer à une mort certaine; mais retourner adroitement l'enfant, ou terminer l'Accouchement avec le forceps. On lui fait prendre le camphre avec le quinquina, & après que l'Accouchement est fini, l'on injecte dans la matrice une décoction faite avec du vin rouge, du quinquina & du camphre.

SECTION V.

L'inertie ou atonie de la matrice.

Lorsque la matrice perd sa sensation, ou en partie ou totalement

lement son élasticité, sa force contractive est très-foible, ou cesse tout-à-fait. Dans ce cas-ci, les douleurs commencent à se faire sentir dans les lombes, sans qu'elle se contracte, & lorsque l'on conseille à la femme de soutenir ses douleurs, les efforts qu'elle fait, pour expulser l'enfant, paroissent plutôt provenir du diaphragme & des muscles du bas-ventre, que de la matrice même.

Les femmes qui sont dans le cas, dont je parle, meurent souvent subitement dans l'Accouchement, & pour l'ordinaire très-promptement après, soit que celui-ci soit accompagné d'une hémorrhagie, soit qu'il n'en survienne aucune.

On ne s'apperçoit pour l'ordinaire de cet accident, que quand il est trop tard pour remédier; les Accoucheurs, même les plus expérimentés, peuvent s'y tromper, & les Sages-femmes, qui sont moins expertes qu'eux, & qui ne sont pas assez clair-voyantes pour le prévoir, sont surprises, aussi-bien que les assistans, de voir mourir une femme, qu'ils espéroient de voir accoucher heureusement.

Cette inertie ou atonie de la matrice, est ordinairement occasionnée par la distension que causent les eaux continues dans sa capacité durant la grossesse; par un épuisement de forces, & par la foiblesse de tout le corps; par la promptitude de l'Accouchement & l'extraction subite de l'arrière-faix; par le trop grand nombre d'Accouchemens qui ont précédé, & par toutes les causes qui affoiblissent la matrice, & lui font perdre son élasticité & ses forces.

Dès qu'on découvre dans une femme en travail une extension extraordinaire de la matrice, accompagnée de douleurs foibles, & qu'on prévoit que l'Accouchement doit promptement.

ment se terminer, il faut lui défendre de faire valoir ses douleurs, & faire en sorte, qu'elles durent plus long-tems, pour que la matrice ait le tems de se contracter. Elle ne doit rester ni assise ni courbée, mais étendue de son long sur son lit, ne point aider ses douleurs, mais les abandonner à la nature. On doit déchirer les membranes de bonne heure, & soulever la tête de l'enfant, pour donner issue à une bonne quantité d'eaux, & donner à la malade un bon bouillon, un verre de vin ou telle autre chose semblable, pour soutenir ses forces, à quoi rien n'est plus propre que l'infusion de canelle & de quinquina. On lui frottera le ventre, durant & après l'Accouchement, avec de la flanelle imprégnée de la fumée de quelque plante ou drogue aromatique, & en cas de besoin, on lui appliquera sur le ventre une serviette pliée en double & trempée dans de l'eau froide.

Au cas que cette inertie de la matrice continue, & que les moyens qu'on a employés soient infructueux, on terminera l'Accouchement très-lentement, soit avec le forceps ou par les pieds.

Quelque prompt qu'ait été l'Accouchement, on ne doit pas s'imaginer pour cela que la femme est hors de danger, à moins que la matrice ne se contracte aussi-tôt après qu'elle est délivrée. On doit continuer les remèdes, dont j'ai parlé ci-dessus, & irriter doucement avec la main les parois de la matrice & de son orifice, pour l'obliger à se contracter.

Indépendamment des femmes qui meurent à la suite d'une hémorrhagie, qui survient tout à coup, dans le tems qu'on s'y attendoit le moins, il y en a quantité d'autres qui périssent par la même cause, quoique leur matrice conserve encore une partie de son élasticité. La force contractive de cet organe est tel-

lement affoiblie chez ces femmes , que lorsqu'on néglige de leur donner des potions cordiales , elles disparoissent aussi promptement que la neige qu'on expose au soleil.

SECTION VI.

Le déchirement de la matrice.

Il y a peu d'Ecrivains qui n'aient parlé des accidens que cause le déchirement de la matrice. Lorsque celui-ci arrive , l'enfant tombe tout entier ou en partie dans la cavité du bas-ventre.

Voici les causes qui peuvent occasionner le déchirement de ce viscère :

1.^o La violence excessive des douleurs , qui oppose un obstacle insurmontable à la sortie de l'enfant. On peut joindre à cette cause l'étroitesse & la mauvaise conformation du bassin ; l'obliquité complete de la matrice ; une tumeur ou réunion de l'orifice de ce viscère ou du vagin ; la position contre-nature de l'enfant , principalement celle dans laquelle il est posé de travers , & la grosseur démesurée de sa tête. Toutes ces causes suffisent pour déchirer la matrice , lorsque les douleurs sont violentes , & qu'on les augmente par les efforts que l'on fait.

2.^o Ce déchirement peut encore avoir lieu , lorsque l'enfant , étant situé de travers dans la matrice , est attaqué d'une forte convulsion , qui l'oblige de s'allonger ; ou qu'étant fort & vigoureux & ayant la tête fort grosse , il appuie ses pieds contre le fond de la matrice pour sortir , la rompt & la déchire ; ce qui n'arrive cependant pas facilement , à cause de sa force & de son épaisseur.

3.^o La substance de la matrice est quelquefois très-mince , &

pour lors les douleurs les plus modérées fuffifent pour la déchirer, lors fur-tout que le placenta s'attache de côté à ce vifcère, ou qu'il y a dans certains endroits de ce même vifcère quelques duretés ou ulcères, qui lui caufent une contraction irrégulière. Le célèbre CAMPER, dans fes observations fur le Traité des maladies des femmes, par MAURICEAU, rapporte l'exemple d'une matrice qui étoit fi mince, que l'enfant eut affez de force, pour la percer avec fa main droite. La matrice étoit environ à moitié au-deffus des os pubis & fon fond, auffi mince, qu'une feuille de papier à écrire, & n'avoit depuis-là jufqu'à fon fond, que la moitié de l'épaiffeur du petit doigt. Le bras de l'enfant la perça dans l'endroit le plus mince.

4.^o Ce déchirement peut encore être occasionné par une caufe extérieure, par exemple, une chute, un coup, une bleffure, &c.

5.^o Par une violence faite intérieurement à la matrice, par exemple, par la main rude & mal-adroite de l'Accoucheur, qui veut repouffer l'enfant, fur lequel la matrice eft fortement contractée, ou la dilater avec violence, ou, qui travaillant avec un instrument, perce ce vifcère d'outre en outre. La matrice peut encore être déchirée par le fragment d'un os de l'enfant qu'elle renferme.

On a trouvé de pareils déchiremens dans tous les endroits de la matrice, mais plus communément dans l'extrémité inférieure de fon col, où elle eft plus mince qu'ailleurs, lorsque la femme eft enceinte. Il eft quelquefois arrivé, que le vagin s'eft déchiré & s'eft détaché de l'orifice de la matrice, à caufe de la violence qu'on lui a faite pour repouffer la tête de l'enfant, ou quelqu'autre partie de fon corps, qui s'y étoit enga-

gée, & trouver ses pieds. On a des exemples, que les Accoucheurs les plus clair-voyans & les plus expérimentés, ont quelquefois déchiré la matrice, lorsqu'ils ont voulu retourner un enfant, sur lequel la partie la plus mince de ce viscère étoit fortement contractée.

On connoît que la matrice est déchirée:

1. Lorsqu'après des douleurs violentes & continues, l'enfant n'avançoit point au passage, & que la femme sent dans quelque endroit de ce viscère une douleur aigue, poignante & locale.

2.° Quand la femme & les assistans entendent subitement un craquement.

3.° Lorsque les douleurs disparoissent ou cessent tout d'un coup.

4.° Lorsque le pouls de la femme est foible & rapide; qu'elle devient pâle; que ses extrémités sont froides, qu'elle tombe dans des foiblesses, des convulsions, &c. qui cessent & reviennent tour-à-tour.

5.° Lorsque la partie de l'enfant, qui se présente, disparoit ou se retire à une certaine distance de l'orifice de la matrice.

6.° Lorsqu'il survient une perte de sang.

7.° Lorsque la tumeur du bas-ventre, formée par la matrice, change tout à coup de place, & forme une saillie dans un autre endroit du bas-ventre.

8.° Lorsqu'on sent l'intestin à nud, en introduisant la main dans la plaie de la matrice.

9.° Lors enfin que l'on sent la moitié du corps de l'enfant,

engagée dans l'ouverture, ou, comme il arrive quelquefois, dans la cavité du bas-ventre.

Les suites de cet accident malheureux du déchirement de la matrice ne sont pas toujours les mêmes & varient beaucoup : elles sont ordinairement funestes, & la femme meurt tôt ou tard, à mesure que l'hémorrhagie ou la gangrène de la matrice attaquent ses parties voisines. La malheureuse mère tombe communément dans des défaillances, des convulsions, & il lui survient d'autres accidens, qui sont les avant-coureurs de la mort.

Il arrive rarement que la mère échappe, où si ce bonheur lui survient, c'est uniquement parce que l'enfant qui se trouve en partie engagé dans l'endroit où la matrice est déchirée, en sort aussi-tôt, ou tombe quelquefois dans la cavité du bas-ventre, d'où on l'extrait par le moyen de l'opération césarienne, après laquelle la plaie se ferme promptement ; car dans le cas dont il s'agit ici, la contraction seule de la matrice suffit presque pour fermer une plaie considérable, pour ralentir l'hémorrhagie & même pour l'arrêter.

Lorsque la matrice est ainsi déchirée, on ne doit point absolument abandonner la femme, puisqu'on a des exemples, qui confirment la guérison de la déchirure de la matrice.

Lorsqu'on sent avec la main qu'une extrémité ou la tête seule de l'enfant est tombée par la plaie dans la cavité du bas-ventre, & que le reste du corps séjourne encore dans la matrice, il faut tâcher de ramener tout l'enfant dans cette dernière, & l'extraire, si l'on peut, par les pieds & par la voie ordinaire.

Il faut faire rentrer l'intestin & l'épiploon, que l'on trouvera dans la matrice, & les assujettir avec la main, jusqu'à ce que celle-ci soit tout-à-fait contractée.

Si au contraire , comme il arrive quelquefois , tout le corps de l'enfant est tombé dans la cavité du bas-ventre par l'ouverture de la matrice , & qu'on ne puisse l'y faire rentrer , il faut ouvrir le ventre de la mère à tems , si l'on veut sauver cette dernière & l'enfant.

Comme on n'a autre chose à faire dans cette opération , que d'inciser les tégumens du bas-ventre , elle est non-seulement facile , mais elle n'a encore rien de dangereux. Ce sont uniquement les mauvaises & malheureuses suites qui accompagnent le déchirement de la matrice , qui font trembler l'Accoucheur le plus hardi & le plus expérimenté.

SECTION VII.

La séparation de la matrice du vagin.

Lorsque l'enfant présente la tête ou toute autre partie de son corps , & que pour trouver ses pieds , on la pousse fortement contre le fond de la matrice , il peut aisément arriver , vu l'effort que l'on fait , que la partie inférieure de ce viscère se sépare ou se détache en partie ou toute entière du vagin. Lorsque ce fâcheux accident arrive , on sentira l'intestin , en introduisant la main entre la matrice & le vagin.

Il faut retourner l'enfant le plus promptement que l'on peut : cette opération n'est cependant pas si facile qu'on le pense , parce qu'en introduisant la main , on fait remuer la matrice ; il faut par conséquent placer la femme dans une situation convenable , pour s'en acquitter comme il faut.

On fera coucher la femme sur le dos , les cuisses les plus rapprochées du ventre qu'il sera possible , & elle appuyera sa poitrine contre ses genoux. Une aide lui soutiendra

le ventre, pour faire avancer la matrice vers l'ouverture du vagin, afin que rien n'arrête l'Accouchement, lorsqu'on introduira la main dedans.

On l'introduira de manière, que son dos soit tourné du côté de la face de la matrice, qui est encore adhérente au vagin, après quoi on retournera l'enfant & l'extraira avec le plus de précaution qu'il sera possible.

On peut encore causer un déchirement incomplet à la matrice, lorsqu'on ne s'y prend pas comme il faut pour détacher le placenta. Ce déchirement se fait, dans ce cas-ci, dans la substance de la surface interne de la matrice; il n'est pas aussi dangereux que celui, dont j'ai parlé ci-dessus, mais il peut devenir funeste, à cause de l'hémorrhagie & de l'inflammation qu'il occasionne. La raison en est que la matrice se trouvant dans une espèce d'inertie, ne peut plus si aisément se contracter, ni les vaisseaux sanguins se fermer, d'où s'ensuit une hémorrhagie mortelle. Dans le cas, où il survient une inflammation, elle est bien-tôt suivie de la gangrène.

L'orifice de la matrice peut aussi se déchirer dans le tems de l'Accouchement; par exemple, lorsque des douleurs très-fortes poussent la tête de l'enfant avec violence & subitement dans l'orifice de ce viscère. Cet accident arrive ordinairement aux femmes qui accouchent pour la première fois, qui ont le bassin spacieux & qui accouchent promptement.

L'orifice de la matrice peut également se déchirer, lorsqu'on s'y prend mal pour la dilater, afin de pouvoir y introduire la main. Les exemples que je viens de rapporter, prouvent qu'on ne sauroit agir avec trop de précaution & de prudence, lorsqu'on est obligé d'introduire la main dans la matrice pour
retourner

retourner l'enfant. Il est vrai que ces fortes de déchiremens de son orifice sont moins dangereux que les autres, parce qu'on doit diriger toute son attention sur l'effet de l'hémorrhagie, & qu'on peut atteindre à l'orifice de la matrice, & appliquer dessus des topiques convenables, tels que l'agaric ou un morceau d'éponge trempée dans une dissolution d'alun.

SECTION VIII.

L'hémorrhagie de la matrice.

Les hémorrhagies de la matrice ou les pertes de sang, sont extrêmement dangereuses pour les femmes enceintes, & causent les accidens les plus fâcheux. Comme ces fortes d'accidens diffèrent beaucoup entr'eux & qu'il est par conséquent important de savoir les distinguer, je vais d'abord parler des pertes de sang, qui arrivent durant la grossesse; après je traiterai de celles, qui surviennent après l'Accouchement.

Lorsque l'hémorrhagie survient durant la grossesse, il faut examiner, 1.^o si le sang sort du vagin ou de la matrice. 2.^o Si elle est accompagnée de douleurs ou non. 3.^o Si la femme est d'un tempérament sanguin, ou si ses forces sont épuisées. 4.^o Au cas que l'orifice de la matrice soit ouvert, il faut examiner si le placenta est encore adhérent à la matrice, ou s'il est tombé dans sa cavité.

Le flux menstruel cesse ordinairement le premier mois de la grossesse: il y a cependant des femmes, chez lesquelles il ne s'arrête que vers le second ou le troisième mois, & d'autres, chez lesquelles, après avoir cessé pendant quelques mois, il recommence de nouveau; ce qui leur fait craindre de faire une fausse-couche. Il faut par conséquent examiner avec soin, si la

femme enceinte a ses ordinaires ou si elle a effectivement une perte de sang.

Lorsque l'hémorrhagie n'est précédée d'aucun frisson, d'aucune colique, ni d'autres accidens semblables; qu'elle n'est point compliquée avec les vraies douleurs; qu'elle se manifeste dans le tems, où viennent les regles; qu'elle est peu considérable, & que la femme se porte bien d'ailleurs, il y a tout lieu de croire, qu'elle est occasionnée par la trop grande plénitude de sang, & qu'elle vient des vaisseaux du vagin ou de ceux qui rampent sur la face extérieure de l'orifice de la matrice. Le signe le plus assuré, auquel on puisse connoître, que le sang ne vient point de la cavité de la matrice, est de trouver son orifice fermé. Lors, au contraire, que l'orifice & le col de la matrice sont ouverts, que les douleurs sont vraies, & que la femme tombe de tems en tems en défaillance; c'est une preuve qu'il vient de la cavité même de la matrice.

Cette perte de sang durant la grossesse, provient souvent de ce que le placenta s'est détaché ou entièrement ou en partie de la matrice.

Je mets au nombre des causes externes qui peuvent l'occasionner, les coups, les chûtes, les violences qu'éprouve la matrice de la femme enceinte, & qui lui causent quelque altération.

Je mets au nombre des causes internes, l'adhérence trop foible du placenta à la face de la matrice; les tiraillemens qu'il éprouve de la part du cordon ombilical, lorsque celui-ci est trop court, ou qu'il vient à s'entortiller. La séparation du chorion; les contractions convulsives de la matrice; la trop grande affluence du sang dans le placenta; le trop grand usage des épiceries; les passions fortes de l'ame; l'excès de fatigue, &c.

Ces accidens n'annoncent point l'hémorrhagie dans l'instant qu'ils surviennent, & l'on ne s'en apperçoit qu'au bout de neuf ou dix jours, & quelquefois plus. Il semble alors que le placenta se détache d'une petite portion de la matrice; le sang épanché s'amasse dans le tissu cellulaire, qui lie le chorion à la matrice. Il passe par sa propre pesanteur d'une cellule à l'autre, & se rend dans l'orifice de la matrice. Celui-ci se relâche & se dilate, à cause de l'irritation qu'il éprouve, & le sang en sort en forme de caillots. Lorsque le sang est en petite quantité, l'hémorrhagie cesse, & la grossesse avance heureusement jusqu'à la fin.

Ce que je viens de dire, suffit pour décider la question, que quelques Médecins & Chirurgiens ont proposée, disant que durant la grossesse, la matrice est tellement fermée, qu'il ne fauroit survenir une perte de sang, sans que la femme ne fasse une fausse-couche. Ils ont prétendu en conséquence, que le sang ne venoit point de la matrice, mais du vagin.

Si ces Savans veulent se donner la peine d'observer, que l'orifice de la matrice n'est pas fermé au point, qu'il n'en puisse sortir quelques gouttes de sang; que le fœtus dans le commencement de la grossesse n'occupe pas tout-à-fait le col de la matrice; qu'à la fin de la grossesse, cet orifice est souvent assez ouvert pour y introduire un doigt (*voyez la Pl. VI fig. 2.*) ils verront clairement, que ce même orifice est assez dilaté pour donner passage à l'hémorrhagie, dont j'ai parlé ci-dessus, sans que la femme risque de faire une fausse-couche. Tout cela prouve, que la matrice est la partie, d'où proviennent ces fortes de pertes. Cette hémorrhagie est beaucoup plus dangereuse, lorsqu'elle survient ensuite ou immédiatement des accidens, dont j'ai parlé ci-dessus.

La vraie hémorrhagie est celle dans laquelle le sang est vermeil, fluide & découle abondamment de la matrice. Quelques Sages-femmes appellent ce sang, le sang du cœur, en Flamand *bertebloed*, & s'effraient, non sans raison, lorsqu'elles le voient paroître; car dans ce cas-ci, il y a une grande portion du placenta, qui s'est détachée de la matrice. C'est alors que les femmes perdent leurs forces & le poulx, se pâment & sont attaquées de convulsions, qui terminent leurs jours très-promptement.

Lorsque l'hémorrhagie se déclare, quelqu'en soit la cause, on doit sur le champ toucher la femme, & rechercher, si le placenta qui s'est détaché, est placé dans l'orifice de la matrice, ou s'il est encore retenu dans la cavité de ce viscère.

Je parlerai de l'hémorrhagie occasionnée par l'implantation du placenta à l'orifice de la matrice en particulier; je traiterai avant de celle qui est causée par la séparation totale ou partielle de ce corps au fond de la matrice.

Lors donc que le placenta se détache dans la matrice, soit en partie, soit totalement, il est indifférent par quelle cause il survient à chaque fois une perte de sang plus ou moins dangereuse.

Si cette perte est accompagnée de douleurs vraies, l'on ne sauroit plus retarder l'Accouchement; si elle survient cependant sans douleurs, on la préviendra de la manière que j'ai indiquée à l'article de l'avortement. On doit cependant tenir pour regle générale, que la perte de sang qui survient sans aucune douleur, est infiniment plus dangereuse, que celle qui est accompagnée de douleurs vraies; & la raison en est, que celles-ci font cesser promptement l'hémorrhagie, en terminant l'Accouchement.

Plus la grossesse est avancée, lorsque l'hémorrhagie survient, plus celle-ci est dangereuse, à cause que les vaisseaux de la matrice se dilatent & se remplissent de plus en plus.

La première chose, à laquelle on doit viser, lorsqu'on est appelé chez une femme enceinte, qui a une perte de sang (il est indifférent à quel terme de sa grossesse, soit qu'il y ait des douleurs ou non) est de l'arrêter. On satisfait dans le commencement à cette vue, par les remèdes internes & externes; mais lorsque ceux-ci sont inefficaces, & que la femme est menacée de la mort, le cas exige qu'on tourne l'enfant, & qu'on termine promptement l'Accouchement par les pieds. Ce conseil paroît le plus prudent, mais il n'est pas si aisé à mettre en exécution, lorsque la nature ne vient point au secours. D'ailleurs, il n'est pas si aisé qu'on le pense de dilater les parties, quand même il y auroit des vraies douleurs, lorsque l'enfant est à terme. On peut à la vérité employer la violence; mais les accidens qu'elle occasionne, sont souvent plus funestes, que l'hémorrhagie même. On doit donc agir avec prudence, & essayer si l'on peut dilater l'orifice de la matrice, en introduisant d'abord un doigt, ensuite un second, un troisième & un quatrième, & enfin la main entière, en tenant le pouce chatonné dans les doigts. Au cas qu'on ne puisse le faire, il faut encore attendre un moment, jusqu'à que l'orifice, étant plus affoibli par l'augmentation de la perte, permette l'introduction de la main. On peut dans cet intervalle, lorsque la femme est d'un tempérament sanguin (ce que l'on connoît à la rougeur de son teint, à la grande chaleur de son corps & à la dureté de son poulx) lui faire ouvrir la veine & lui prescrire des potions rafraîchissantes.

Si, au contraire, elle n'est pas d'un tempérament sanguin;

si elle a le visage pâle , un frisson dans le corps , les extrémités froides & le pouls petit & foible , les remèdes rafraîchissans & la saignée ne lui valent absolument rien ; il faut , au contraire , lui donner des cordiaux , dont le meilleur est l'eau de canelle. Il fera ensuite aisé d'introduire la main dans la matrice.

Au cas que l'hémorrhagie soit occasionnée par une affection de l'ame , par la fatigue ou telle autre cause semblable , il faut lui ordonner de se tranquilliser & de se tenir en repos , lui donner un grain d'opium & quelques remèdes astringens.

On lui appliquera extérieurement sur le ventre , la vulve & les lombes , des linges trempés dans de l'eau & du vinaigre froid , quoique ce remède soit ordinairement de fort peu d'utilité.

L'hémorrhagie qui survient durant le travail , peut être pareillement occasionnée par le détachement trop prématuré du placenta ; par la rupture d'une artère de l'orifice de la matrice ou du vagin , & enfin par la sortie du placenta avant l'enfant.

L'hémorrhagie qui survient durant le travail , est plus ou moins forte , selon que le placenta est plus ou moins ou entièrement détaché de la matrice. Il faut dès le commencement employer tous les remèdes que nous avons indiqués pour arrêter la perte durant la grossesse. On peut encore dans ce cas-ci déchirer les membranes ; car par l'évacuation d'une partie des eaux , la matrice se contractera plus ou moins , au moyen de quoi les vaisseaux se rétrécissent en partie , & l'hémorrhagie diminue & cesse même quelquefois totalement. En agissant de la sorte , l'on peut , lorsque tout va bien d'ailleurs , abandonner le reste de l'Accouchement à la nature , sans craindre une suite fâcheuse.

Si, malgré les moyens qu'on a employés, & après même que les eaux ont percé, l'hémorrhagie continue, & qu'on appréhende la mort de la mère & de l'enfant, il faut appeler la main à son secours, l'employer le plus adroitement que l'on pourra, & terminer promptement l'Accouchement.

Le sang peut continuer de couler sans interruption jusqu'à la mort; comme cela est arrivé à des femmes, qui ont perdu leur sang, sans qu'on ait trouvé après leur mort, ni détachement du placenta ni du chorion, même pas une goutte épanchée entre cette dernière membrane & la matrice. Il y a dans ce cas-ci lieu de croire, que l'orifice de la matrice s'est déchiré par la dilatation soudaine qu'il a subie, & lorsque l'enfant ne suit point immédiatement après, l'hémorrhagie continue jusqu'à la mort; mais lorsque la tête de l'enfant franchit promptement l'orifice de la matrice, ainsi dilaté, il arrive alors pour l'ordinaire, que l'hémorrhagie s'arrête tout d'un coup. J'ai parlé ci-dessus de la perte de sang, occasionnée par le déchirement de la matrice, & je traiterai aussi de celle qui survient, lorsque le placenta est situé sur l'orifice de ce viscère, dans un article particulier.

Il arrive quelquefois dans l'Accouchement, que le sang sort en forme de jet hors de l'orifice du vagin; mais cet accident ne doit point effrayer la Sage-femme. On fait que les petites lèvres ou les nymphes de la vulve sont d'un tissu vasculaire; qu'elles peuvent crever par la grande distension formée par la sortie de la tête de l'enfant, & qu'il en résulte une perte de sang. Comme la cause de cet accident est visible, l'on ne doit point s'en effrayer; car l'application d'un morceau d'amadou suffit pour arrêter le sang.

Toutes les femmes, sans exception, sont sujettes à une

perte de sang plus ou moins forte, lorsque le placenta se détache de la matrice. On ne doit pas s'en inquiéter, lorsqu'elle ne dure pas long-tems; mais lorsqu'elle est considérable, la femme en couche est menacée de la mort.

Cette perte de sang peut être occasionnée par les causes suivantes: 1.^o par un placenta, dont la moitié s'est déchirée & est restée dans la matrice. 2.^o Par la violence avec laquelle on l'arrache du fond de la matrice. 3.^o Par un corps étranger resté dans la cavité de ce viscère. 4.^o Par le déchirement de matrice. 5.^o Par l'affaîssement de son fond. 6.^o Par la lenteur & la foiblesse avec laquelle elle se contracte. Ce dernier défaut est le plus ordinaire, & mérite, comme tel, une attention particulière. J'ai parlé ci-dessus des autres causes, & j'aurai encore occasion d'en parler ailleurs.

Il arrive assez souvent, que la femme, après avoir accouché heureusement, meurt subitement, ou peu de tems après qu'on l'a délivrée.

Cet accident sinistre est ordinairement occasionné par la lenteur & la foiblesse avec laquelle la matrice se contracte.

On connoît cette inertie de la matrice, lorsqu'on observe qu'elle ne se contracte point après l'Accouchement; lorsqu'en même tems le ventre reste mou, flasque & tendu, & ne forme point de tumeur raboteuse au-dessus du pénil; que les tranchées utérines ne surviennent point, quand la perte de sang est très-considérable, & que l'accouchée ne s'en apperçoit point.

Il faut dans le cas-ci lui frotter le ventre avec des linges chauds & bien secs, & tout d'un coup y appliquer de l'eau froide

froide mêlée avec du vinaigre , le bander avec une serviette pliée en quatre & modérément ferrée ; irriter doucement les parois de la matrice & son orifice , & en ôter les caillots de sang. Il faut lui donner aussi des cordiaux , entr'autres de l'eau de canelle , du bon bouillon , &c. & lorsque le cas est urgent , lui verser de l'eau froide sur le corps. Quelques-uns la mettent dans un bain froid ; d'autres injectent dans ses parties de l'eau froide & d'autres remèdes astringens ; d'autres lui lavent le visage avec de l'eau ou du vinaigre froid ; d'autres appliquent une ligature aux bras & aux jambes , &c. On ne doit cependant employer ces remèdes extravagans , que dans la dernière extrémité ; car outre que tous ces astringens sont souvent inutiles , ils peuvent occasionner plusieurs accidens , auxquels on est long-tems à remédier. L'esprit de corne de cerf présenté sous le nez , ou pris à la dose de quelques gouttes dans de l'eau froide , produit quelquefois un effet surprenant.

Le tampon recommandé par M. LE ROUX , est un moyen qui est aisé de se procurer : il n'est autre chose qu'un morceau de linge usé , dont on forme un rouleau , & qu'on introduit , après l'avoir trempé dans du vinaigre , dans le vagin & même dans la matrice. On peut aussi se servir du même tampon , comme l'Auteur nous assure d'après l'expérience qu'il en a faite , pour la perte de sang qui arrive durant la grossesse ; on prévient quelquefois par-là l'Accouchement forcé.

Lorsqu'après avoir employé tous ces moyens , la femme morte en apparence se plaint d'une douleur & d'un tiraillement dans le bas-ventre ; c'est un signe que la matrice se contracte , & elle échappe pour l'ordinaire ; mais sa mort est prochaine tant qu'elle n'a ni tranchées utérines , ni aucun sentiment quelconque.

C H A P I T R E X X.

De l'Accouchement laborieux, causé par le défaut des douleurs.

Lorsqu'on a une fois assisté à un Accouchement, l'on doit avoir observé, que non-seulement la matrice, le diaphragme & les muscles du bas-ventre agissent, mais encore que les muscles & toutes les autres parties du corps sont mises en action, pour hâter l'Accouchement. Ces différentes actions de ces parties, auxquelles on donne le nom de *douleurs*, peuvent produire un effet contraire à celui qu'on s'en promet. On compte donc parmi les défauts des douleurs: la cessation des douleurs vraies & la mutation de ces dernières, en douleurs fausses.

ARTICLE I.

De la cessation des douleurs vraies.

Lorsque pendant l'Accouchement, qui d'ailleurs paroît naturel, l'enfant ayant une bonne position, & la mère sans aucun défaut corporel, les douleurs vraies font un progrès lent, diminuent ou cessent tout-à-fait; c'est une marque que le système nerveux de la matrice est d'une foible constitution: il faut dans ce cas-ci s'armer de patience, vu que l'affaire ne veut point être forcée. Si la tête de l'enfant reste encore engagée dans le détroit supérieur du petit bassin, l'on ne doit point hâter l'Accouchement. Si la femme est d'un tempérament sanguin, il faut la saigner & lui donner un lavement émollient, & s'il arrive qu'elle s'ennuie & s'impatiente, & qu'elle demande absolument des remèdes pour exciter les douleurs, on ne doit lui en prescrire que d'innocens & d'inefficaces, vu qu'il n'y en a point

qui puissent provoquer des douleurs; il n'y a que la nature seule qui puisse les faire, & tous les arcanes qu'on emploie pour cet effet, sont chimériques. Les remèdes échauffans que l'on donneroit à la femme, ne serviroient qu'à lui inciter le sang, & à lui causer une hémorrhagie & une inflammation de matrice. Le repos & tout ce qui peut le lui procurer, sont dans ce cas-ci, les remèdes les plus efficaces; lors cependant que la tête de l'enfant est descendue entièrement dans la capacité du petit bassin, ou se trouve engagée & enclavée dans son détroit inférieur, on ne doit pas l'y laisser trop long-tems, de crainte que la compression continue qu'éprouve le cerveau, ne lui cause une apoplexie. Si la femme a encore assez de forces, on la seignera sans délai; si au contraire elle est extrêmement affoiblie, on lui fera prendre de l'eau de canelle ou du vin, quoique le bon bouillon pur fût souvent pour la fortifier, parce que les femmes suent ordinairement beaucoup pendant le travail, & par conséquent s'affoiblissent. On peut en outre lui appliquer des linges chauds sur le ventre, les fesses & tout le long des extrémités inférieures; lui frotter doucement le ventre; repousser prudemment avec le doigt, qu'on a introduit dans le vagin ou l'anus, le coccx; ce qui suffit souvent pour exciter les vraies douleurs. C'est proprement dans cette occasion-ci, que le levier opère des prodiges: cet instrument a cela de propre, qu'à chaque fois qu'il agit sur la tête de l'enfant, il excite une douleur également forte & expulsive, à moins que la tête de l'enfant ne soit d'une grosseur démesurée, ces douleurs suffisent pour terminer l'Accouchement au bout de quelques minutes. Lorsque la matrice tombe dans l'inertie, à cause de la longue durée de ses contractions expulsives, & que le levier n'excite point des douleurs, il faut terminer l'Accouchement avec le forceps.

ARTICLE II.

Des douleurs fausses.

Lorsque la femme sent des douleurs vives & poignantes, qui, au lieu de dilater l'orifice de la matrice, le resserrent, l'on donne à ces douleurs l'épithète de fausses & d'inutiles. Ces fortes de douleurs retardent souvent l'Accouchement, parce qu'elles étouffent ou affoiblissent les vraies: elles peuvent faire prendre une mauvaise position à la tête de l'enfant, à cause qu'elles l'élevent à mesure que l'orifice de la matrice se resserre; ce qui n'arrive pas aux vraies, qui ayant leur siège dans le fond de ce viscère, la font descendre & expulsent tout ce qui y est contenu. Les fausses douleurs sont ordinairement occasionnées par l'obliquité de la matrice; la pléthore ou la trop grande plénitude du sang; une constipation opiniâtre; l'usage des alimens flatueux; un froid excessif; une colique & telle autre maladie du bas-ventre.

On doit traiter les fausses douleurs, selon les différentes causes qui les occasionnent: lorsqu'elles proviennent de l'obliquité de la matrice, il faut placer la femme dans une situation convenable, & procéder comme je l'ai dit à l'article, où je traite de l'obliquité de ce viscère. On saignera les femmes qui sont d'un tempérament sanguin: si elles sont constipées depuis longtemps, on leur donnera un lavement composé avec de l'eau de son, de l'huile, du sel & du miel. Si elles se sont refroidies, ainsi que cela arrive aux pauvres femmes qui manquent de hardes pour se couvrir, on leur fera avaler un bouillon ou quelques tasses de thé; on leur donnera en outre un lavement d'eau chaude, dans lequel on mettra quelques cuillerées d'huile, & on les fera coucher dans un lit bien chaud; ce qui suffira pour

faire cesser les fausses douleurs : si elles sont occasionnées par la mauvaise diète, à quoi contribuent les alimens & les boissons flatueuses, par exemple, la bière nouvelle & le vin aigre, des fruits verts & les autres alimens durs & indigestes ; il faut leur donner de l'infusion de camomille, leur appliquer des linges chauds sur le ventre, & leur donner un lavement composé avec la décoction de fleurs de cette même plante & de l'huile. Si elles ont une diarrhée, on doit bien se garder de l'arrêter subitement, à cause des suites fâcheuses que cela pourroit avoir. Si ces douleurs proviennent de la trop grande sensibilité du système nerveux, ces femmes enceintes sont sujettes à des tiraillemens dans l'estomac & dans le bas-ventre, & à des crampes aux mains & aux pieds. On donne à celles-ci l'opium, quelques tasses d'infusion de camomille, & on leur applique des linges chauds sur le ventre. Lorsque l'on procède de la sorte, on verra bientôt, que le travail avance & que les douleurs vraies prennent la place des fausses. La femme ne doit point faire valoir ces dernières ; car elles ne procurent aucun avancement & elles ne servent qu'à lui ôter les forces, dont elle a besoin, pour soutenir ses douleurs déterminantes.

Les douleurs mixtes sont celles, qui sont que l'orifice de la matrice s'ouvre & se ferme alternativement. Il faut, lorsqu'elles surviennent, saigner les pléthoriques & donner aux autres de l'opium dans l'infusion de camomille ; remède, dont l'opération est souvent prompte : il apaise les fausses douleurs, relâche les parties & excite les vraies. L'eau-de-vie, le genèvre & les autres liqueurs fortes ne valent rien, & peuvent occasionner des effets funestes.



CHAPITRE III.

*De l'Accouchement laborieux, causé par la foiblesse
& la mal-adresse de la femme en travail.*

Lorsque la femme en travail se trouve affoiblie par une maladie précédente ou encore existante, au point, de ne pouvoir faire valoir les douleurs vraies, l'Accouchement est ordinairement long; mais on remédie communément à cet accident avec les cordiaux & la patience, à moins que la maladie ne soit considérable & la nature tout-à-fait épuisée; on doit dans ce cas-ci terminer l'Accouchement par art.

L'impatience & la mal-adresse de la femme en travail, peuvent aussi retarder l'Accouchement: c'est-là ce qui arrive, lorsque dans le dessein de calmer ses douleurs, elle crie comme une perdue & change souvent de place, & qu'au lieu de faire valoir & de bien soutenir ses douleurs, elle cherche au contraire à les diminuer ou à les éviter; ce qui retarde l'Accouchement. Lorsqu'on a à faire à une pareille femme, on doit lui faire voir comment qu'elle doit soutenir & aider ses douleurs, & dans le cas, où elle n'entend point raison, employer des paroles dures, pour la faire obéir.

Lorsque la Sage-femme est assez ignorante, pour ne pas savoir distinguer les douleurs fausses des vraies, sur-tout chez celles, dont l'orifice de la matrice est déjà ouvert quelques jours ou même quelques semaines avant l'Accouchement, & qu'elle ordonne à la femme de faire valoir ses douleurs; il arrive qu'elle s'échauffe & s'affoiblit; que les eaux percent & s'écoulent trop tôt, & que la tête de l'enfant prend une mauvaise situation: tout ces abus peuvent de même retarder l'Accouchement.

C'est pourquoi une Sage-femme doit s'attacher à connoître la nature des douleurs, pour ne point se méprendre.

C H A P I T R E V.

De l'obstacle que peuvent causer à l'Accouchement, les parties voisines de la matrice.

- 1.° **L**A trop grande distension de la vessie urinaire.
- 2.° L'amas des matières fécales.
- 3.° Le gonflement des vaisseaux hémorroïdaux.
- 4.° Les tumeurs dans les ovaires.

S E C T I O N I.

La trop grande distension de la vessie urinaire.

Lorsque la femme n'urine point au commencement du travail, elle ne peut plus le faire dans la suite, lorsque la tête de l'enfant s'est engagée si bas dans la capacité du bassin, qu'elle comprime tout-à-fait l'urètre. Dans ce cas-ci, l'urine s'amasse dans la vessie au point, que celle-ci forme comme un second ventre au-dessus du pubis ; ce qui fait prendre une situation oblique à la matrice. L'Accouchement retarde pour l'ordinaire & la vessie se distend au point, qu'elle court risque de crever. Il faut donc tâcher de la guider avec une sonde, & lorsque ce moyen ne réussit point, soulever un peu la tête de l'enfant, pour faciliter l'écoulement de l'urine.

Une pierre logée dans le col de la vessie ou dans l'urètre, lors sur-tout qu'elle est grosse, peut occasionner un Accouche-

ment aussi long que laborieux & douloureux. On est quelquefois obligé, lorsqu'on ne peut pas la faire monter, d'inciser l'urètre, pour la tirer ensuite avec une curette.

On m'objectera que cette opération peut occasionner une fistule; mais une pareille crainte doit-elle prévaloir sur la certitude qu'on a, que la femme aura une incontinence d'urine incurable, causée par la contusion & le déchirement? il peut même arriver, que la femme meure par des accidens occasionnés par la pierre du tems de l'Accouchement.

SECTION II.

L'amas des matières fécales.

Les femmes ont ordinairement bon appétit durant leur grossesse, & mangent par conséquent beaucoup; mais à mesure que leur matrice se gonfle, elles deviennent constipées; ce qui est cause que les excréments s'amassent dans le rectum, au moyen de quoi la capacité du bassin diminue, & l'enfant a plus de peine à sortir. Il convient donc de donner un lavement à la femme, lorsqu'elle est sur le point d'accoucher. Il est vrai que cet obstacle est de peu de conséquence, parce que les excréments sont ordinairement expulsés par la descente de la tête de l'enfant; mais aussi il n'est pas agréable d'avoir les mains pleines de cette matière, lorsqu'on aide une femme en travail.

SECTION III.

Gonflement des vaisseaux hémorrhoïdaux.

La compression qu'éprouvent les vaisseaux du bassin de la part de la tête de l'enfant, est cause que les glandes & les veines hémorrhoïdales du fondement se gonflent; ce qui occasionne

ne des douleurs, qui prennent le courage à la femme de faire valoir les expulsives, au moyen de quoi l'Accouchement est retardé, sur-tout, lorsque l'accident est considérable. Le mieux qu'on puisse faire, est de lui appliquer les sang-sues, ou les inciser avec la lancette pour dégorger les vaisseaux; de les exposer à la vapeur de l'eau chaude, ou d'appliquer dessus le cataplasme fait avec de l'eau de saturne.

SECTION IV.

Tumeurs dans les ovaires.

Il se forme quelquefois dans les ovaires des hydatides & des tumeurs dures, qui grossissent à un point considérable. On ne découvre cette maladie qu'à l'ouverture des cadavres; mais lorsqu'elle a lieu, elle occasionne une obliquité de matrice, qui non-seulement retarde l'Accouchement & le rend souvent impossible, mais exige encore le secours d'un habile Accoucheur, pour le terminer.

CHAPITRE V.

Des vices des parties éloignées, qui retardent l'Accouchement.

ON compte parmi les principaux vices des parties éloignées, qui peuvent mettre obstacle à l'Accouchement, les suivans:

- 1.° Lorsque la femme qui accouche pour la première fois est trop jeune.
- 2.° trop âgée.
- 3.° Lorsqu'elle a trop d'embonpoint.

II. Partie.

G g

- 4.^o Lorsqu'elle est hydropique.
- 5.^o ————— d'un tempérament fort sanguin.
- 6.^o ————— sujette à des convulsions.
- 7.^o ————— boiteuse.
- 8.^o ————— bossue.
- 9.^o ————— d'une trop petite taille.
- 10.^o ————— accablée de maladies.
- 11.^o ————— morte.

S E C T I O N I .

Lorsque la femme est trop jeune.

UNe femme trop jeune & qui n'est pas encore parvenue à l'âge de puberté, a pour l'ordinaire la première fois un Accouchement plus long & plus laborieux, que celle qui a un âge mûr, & qui en a eu plusieurs; la raison en est, que ses parties sont moins flexibles: lors cependant qu'elle n'a aucun défaut corporel, elle peut avoir un Accouchement heureux; car on a des exemples, si tant est qu'on puisse ajouter foi à ceux que rapporte SCHURIGIUS, que des filles de 10, 9 & 8 ans ont donné des marques d'être mère par un Accouchement heureux.

S E C T I O N I I .

Lorsque la femme est trop âgée.

On croit généralement qu'une femme avancée en âge, accouche plus difficilement pour la première fois qu'une jeune, parce que ses parties ne sont pas si extensibles, que celles des jeunes; & delà vient, que l'on craint pour sa vie, lorsque le

terme de l'Accouchement approche. Lorsqu'il n'y a pas d'autre obstacle que l'âge; ce dernier n'est d'aucune conséquence, & la nature seule pourra terminer l'Accouchement.

SECTION III.

Lorsque la femme a trop d'embonpoint.

HIPPOCRATE prétend que les femmes trop chargées de graisse sont stériles; mais cette supposition est démentie par l'expérience, que nous avons du contraire dans ce pays. J'ai eu occasion d'accoucher plusieurs femmes grasses, entr'autres, une Dame de la première condition, qui, avec une unique douleur forte & de longue durée, accoucha d'un gros enfant, bien fait & bien portant. Une autre, après deux légers accès de douleurs, trouva son enfant entre ses cuisses. Une autre fut quatre jours en travail; ce que j'attribuai à ce que le trop de graisse l'empêchoit de soutenir ses douleurs & de retenir son haleine; en outre, les muscles du bas-ventre ne pouvoient agir sur la matrice; ce qui retarda l'Accouchement. Quelques personnes croient, que la difficulté que ces sortes de femmes trouvent à accoucher, vient de la graisse, dont la matrice & le vagin sont chargés; mais aucun Anatomiste n'a trouvé de la graisse dans la première partie, & quant à la seconde, comme celle qui l'entoure, est d'une substance fort molle, elle peut s'aplatir comme le duvet.

SECTION IV.

Lorsque la femme est hydropique.

Une femme peut être tout à la fois enceinte & hydropique. Lorsque l'Accouchement approche, l'eau qui s'est amassée dans la cavité du bas-ventre, empêche que le diaphragme & les muscles du bas-ventre n'agissent sur la matrice; ce qui re-

tarde l'Accouchement. On ne doit point dans ce cas-ci hâter l'Accouchement par la ponction, à cause du danger, dont cette opération est accompagnée, vu qu'on ne peut introduire le trois quarts sans blesser la matrice. Il faut donc abandonner cet Accouchement à la nature, qui seule le terminera, comme on l'a vu par expérience; il faut seulement un peu plus de tems, que dans les cas ordinaires.

SECTION V.

Lorsque la femme est d'un tempérament fort sanguin.

Lorsqu'une femme est d'un tempérament sanguin, le travail agite si fort le sang, qu'il en résulte, tant avant qu'après l'Accouchement, plusieurs accidens fâcheux. Le plus grand nombre des Accoucheurs a de plus observé, que les douleurs chez ces fortes de femmes, sont souvent très-foibles & cessent; mais qu'elles augmentent, lorsqu'on les saigne du pied: d'où il s'ensuit, que cette opération peut prévenir, chez les jeunes femmes fortes & sanguines, l'inflammation, les convulsions & les hémorrhagies, qui surviennent après l'Accouchement.

SECTION VI.

Lorsque la femme a des convulsions.

Le travail promet souvent le plus heureux succès, & tout paroît dans l'état naturel, lorsqu'il survient tout à coup un grand orage, qui présage les accidens les plus funestes. La cause de ce cas sinistre, sont les convulsions qui surviennent à la femme en travail: lorsque ces convulsions sont foibles & laissent des longs intervalles, l'on ne doit rien précipiter ni user de force, pour ne point augmenter la sensibilité du système nerveux; il vaut mieux la saigner une ou deux fois, pour voir si

les douleurs n'augmentent point, & si elle ne peut point accoucher naturellement; mais lorsque les convulsions sont violentes, & qu'après qu'elles ont cessé, la femme tombe dans un assoupissement, ensuite duquel les convulsions recommencent, & que l'écume lui sort hors de la bouche, il faut mettre tout en œuvre, pour garantir la mère & l'enfant du péril, qui les menace. On la saignera sur le champ du bras, du pied & de la jugulaire, pour dégorgier le cerveau, & on lui donnera un lavement émollient. On observera en même tems, si ces convulsions, qui sont quelquefois le même effet que les douleurs, ne dilatent point l'orifice de la matrice; car lorsqu'elles le font, la nature termine quelquefois l'Accouchement très-promptement. Dans le cas où la saignée, ni les autres secours qu'on a employés, n'appaisent point les convulsions, si elles laissent un moindre intervalle entr'elles, il faut sans hésiter & sans perdre un moment de tems, employer le secours de l'art, pour la délivrer; afin que la matrice étant débarrassée d'un si gros fardeau, qui pour l'ordinaire occasionne les convulsions par la trop grande pression sur les vaisseaux, on procure un passage libre au sang.

S'il arrive après que l'Accouchement est heureusement terminé, & malgré la saignée & les autres moyens qu'on a employés, que les convulsions continuent avec la même violence; que l'écume sorte de la bouche comme auparavant, & que l'assoupissement continue, il est pour lors à craindre, que la femme n'échappe pas à la mort; mais on aura du moins la satisfaction, de s'être acquitté de son devoir, en employant tous les moyens qu'exige un cas aussi funeste que celui-ci.

L'Accoucheur doit être attentif aux premiers signes qui annoncent les convulsions, pour y remédier à tems par tous les

moyens possibles; car il est rare que les femmes enceintes échappent de ce danger, on n'aura presque point d'exemple, & le cas est toujours mortel.

Lorsqu'on s'apperçoit que la femme en travail avec les meilleures apparences possibles, commence tout d'un coup à se plaindre d'un obscurcissement des yeux, d'une pesanteur sur le front & l'occiput, & qu'ensuite elle perd tout-à-fait la vue, tous ces signes annoncent toujours les convulsions, & on doit recourir aux remèdes que j'ai indiqués ci-dessus, afin, s'il est possible, de les prévenir à tems. On commencera par la saigner à plusieurs reprises & dans un court espace de tems: il est vrai que ces saignées l'affoibliront, mais elles sont le meilleur remède dans cette occasion-ci, pour appaiser promptement les maux de tête, retablir la vue, prévenir les convulsions & terminer l'Accouchement en peu de tems.

On doit distinguer les convulsions, dont je viens de parler, de celles qui sont occasionnées par la trop grande sensibilité du système nerveux; ces dernières ne nous doivent pas si fortement inquiéter, & s'annoncent ordinairement par une foiblesse, pendant laquelle le pouls est régulier; la femme perd connoissance; elle tourne & ferme les yeux; elle étend pour un moment ses extrémités, ferme les mains, &c. L'opium & les cordiaux calment ordinairement ces fortes d'accidens.

S E C T I O N V I I.

Lorsque la femme est boiteuse ou bossue.

Lorsque le bassin d'une femme qui boite, est bien conformé, & a la capacité requise, on n'a rien à craindre pour elle; mais lorsqu'elle est bossue & qu'en outre, elle est attaquée d'une maladie de poitrine, qui l'empêche de respirer, & par consé-

quent de faire valoir ses douleurs, cette cause suffit pour retarder l'Accouchement. Lorsque la bosse provient d'un *Rachitis*, le bassin est pour l'ordinaire généralement étroit & mal conformé, & l'Accouchement très-laborieux.

Lorsque le boitement est occasionné par un rachitis qu'elle a eu, ou par la dislocation du femur, dont la tête repose sur le trou oval des os innominés, le bassin peut être mal conformé & rendre l'Accouchement laborieux. On doit se conduire dans ces sortes de cas, selon les circonstances qui se présentent, & dont j'ai parlé dans l'article, où je traite de la mauvaise conformation du bassin.

SECTION VIII.

Lorsque la femme est d'une trop petite taille.

On craint communément dans ce cas-ci, que l'enfant ne puisse point franchir le passage, à cause de l'étroitesse du bassin, & que l'Accouchement ne soit laborieux; mais on doit considérer la prudence de la nature & réfléchir, que les petites femmes font pour l'ordinaire de petits enfans, & qu'elles ont, en comparaison de leur grandeur, souvent de grands bassins.

SECTION IX.

Lorsque la femme est accablée de maladies.

L'Accouchement peut être retardé, lorsque la femme, par la longue durée & l'inefficacité des douleurs, est attaquée d'une fièvre violente, accompagnée d'un grand mal de tête & du délire. Il faut dans ce cas employer la saignée, laquelle calme les accidens, augmente les douleurs & fait qu'elles produisent leur effet.

Les femmes qui gardent le lit à l'occasion d'une maladie aiguë ou chronique, sont souvent sujettes à un Accouchement très-laborieux, à cause qu'elles n'ont pas la force de faire valoir les douleurs. Elles meurent pour l'ordinaire dans l'Accouchement, ou peu de tems après. On met au nombre de ces maladies dangereuses, celles de la poitrine, telles que l'asthme, la pleurésie, &c. qui empêchent la femme de retenir long-tems sa respiration, & de faire les efforts nécessaires, pour terminer l'Accouchement.

S E C T I O N X.

Lorsque la femme est morte.

Une femme peut mourir, sans qu'absolument son enfant perde la vie; l'expérience a démontré, que l'enfant a été expulsé vivant hors du corps mort de sa mère; mais ce cas est rare, & on ne doit pas trop compter sur ces sortes d'exemples. Lors donc qu'un Accoucheur apprend qu'une femme enceinte, ou qui est en travail, est morte ensuite d'une convulsion, d'une hémorrhagie, d'un déchirement de matrice, &c. il doit aussi-tôt extraire l'enfant qu'elle porte par les pieds, avec le forceps, ou par le moyen de l'opération césarienne; savoir, par les pieds & avec le forceps, lorsqu'on n'est pas bien assuré de la mort de la mère; & l'opération césarienne, lorsqu'elle est bien constatée. On doit pratiquer celle-ci dans le même endroit, & de la même manière que sur une femme vivante, afin qu'au cas qu'elle ne soit pas morte, n'étant qu'asphyxique, elle ne meure point en conséquence de la plaie.

C'est une chose aussi ridicule qu'inutile, de mettre l'anneau d'une clef dans la bouche de la mère, pour que l'enfant ait la facilité de respirer; on feroit beaucoup mieux de lui appliquer
des

des linges chauds sur le ventre, pour entretenir, s'il étoit possible, la circulation du sang dans le corps de ce dernier.

CHAPITRE VI.

De l'Accouchement laborieux, occasionné par les défauts de l'enfant, & de ce qui lui appartient.

UN enfant peut, tant à cause de ses défauts corporels, qu'à cause de ceux des parties contenues dans la matrice, qui lui appartiennent, former des obstacles, qui rendent l'Accouchement non-seulement laborieux, mais encore contre-nature.

Ces défauts peuvent se trouver dans la tête, dans son corps, ou provenir de sa mauvaise position. Ceux des parties qui lui appartiennent, sont ceux du cordon, du placenta, des enveloppes & des eaux qu'elles renferment.

ARTICLE I.

Défauts de la tête de l'enfant.

- 1.° Sa grosseur excessive.
- 2.° Sa difformité.
- 3.° Une hydrocéphale.
- 4.° Deux têtes sur le même tronc.
- 5.° L'ossification de la fontanelle & des futures du crâne.

SECTION I.

La grosseur excessive de la tête.

Autant, dit le célèbre JEAN DE REUS dans son ouvrage sur les Accouchemens, l'Accouchement est prompt & facile, lorsque l'enfant présente le sommet de la tête au passage, & que

la femme accouche sans secours , autant est-il laborieux & pénible , lorsque l'enfant présente la tête , & trouve un obstacle qui l'arrête , quelque avantageuse que soit la situation dans laquelle il se présente.

Il faut dans ce cas-ci du savoir , du jugement , de l'adresse , de la pitié , de la fermeté & en outre de l'expérience , pour terminer heureusement l'Accouchement.

On voit par-là , qu'on n'a pas toujours lieu de se féliciter , lorsque l'enfant se présente par la tête. La mère nage dans la joie , lorsque la Sage-femme lui annonce après le toucher , que son enfant est bien tourné ; mais dans le cas , où le succès ne répond point à son attente , la mère se désole , tombe dans le désespoir , erre de côté & d'autre , demande du secours , & l'on ne trouve d'autre moyen pour la tranquilliser , que de l'exhorter à prendre patience. La pomme , lui dit-on , n'est pas encore mûre , le tems n'est pas encore venu. Ceux qui lui donnent ce conseil , voient cependant avec chagrin , que le tems s'écoule , que les douleurs diminuent & cessent , que la femme tombe dans des foiblesses , que son enfant meurt , & que l'unique ressource qui reste pour sauver la mère , est de faire venir un Accoucheur.

Lorsque la tête de l'enfant est trop grosse , eu égard à la capacité du bassin de la mère , il en résulte pour l'ordinaire un Accouchement très-laborieux & quelquefois même contre-nature.

Ces fortes de grosses têtes ne sont cependant pas aussi communes , qu'on se l'imagine ; mais on attribue ordinairement la lenteur & la difficulté de l'Accouchement à ce défaut , quoique l'obstacle provienne de la mauvaise position de la tête de l'enfant.

On reconnoît que la tête de l'enfant est trop grosse à l'égard du bassin de la mère, aux signes suivans :

1.^o On peut aisément introduire la main dans la cavité du bassin; ce qui prouve qu'il n'est pas trop étroit.

2.^o Le ventre de la femme est moins affaissé à la fin de la grossesse; ce qui est aussi cause, que l'orifice de la matrice ne descend pas si avant dans la capacité du bassin, que dans les Accouchemens faciles.

3.^o Les parties naturelles & les extrémités inférieures s'enflent en peu de tems & même promptement.

4.^o La tête de l'enfant, malgré la violence des douleurs & sa situation avantageuse, avance lentement & s'engage à peine dans le détroit supérieur du petit bassin.

5.^o La poche formée par les eaux est petite & a une surface plate.

6.^o L'orifice de la matrice reste à l'entrée du petit bassin & n'avance point.

7.^o Les os pariétaux passent & se portent avec force l'un sur l'autre.

8.^o La tête de l'enfant remplit tellement l'entrée du petit bassin, qu'on peut à peine introduire le doigt entre-deux, & ne descend que peu ou point pendant les 24 heures.

9.^o Les membranes déchirent & les eaux sortent enfin, mais en si petite quantité, que plusieurs s'imaginent faussement que l'enfant en manque.

La tête de l'enfant peut être trois lignes, six lignes & même un pouce plus grosse qu'il ne faut. On peut par conséquent réduire la difficulté qu'elle trouve à sortir, à trois degrés.

Le premier est, lorsqu'elle n'a que trois lignes de plus que dans son état naturel.

On peut abandonner cet Accouchement à la nature:

1.^o Lorsque les douleurs sont assez fortes pour la faire avancer.

2.^o Lorsqu'à chaque accès de douleur, elle s'avance & s'allonge.

3.^o Lorsque la tumeur qu'on apperçoit sur la tête s'allonge.

4.^o Lorsque le travail ne dure que 24 heures : lors cependant que les douleurs continuent, & qu'il ne survient aucun accident fâcheux, l'on peut encore s'en rapporter entièrement à la nature; car celle-ci allonge quelquefois la tête si fort, qu'elle devient deux fois aussi longue que large, & qu'il faut souvent 36 heures & même plus, pour terminer l'Accouchement sans danger, ni pour la mère, ni pour l'enfant. Tout ce qu'on doit faire dans ce cas-ci, c'est de la faire uriner & aller à la selle; la saigner pour prévenir l'inflammation de la matrice, & de lui enjoindre de soutenir ses douleurs lentement, & non avec force.

Lorsque la tête de l'enfant est grosse au second degré, elle reste quelquefois enclavée, ou quand les douleurs agissent constamment & avec violence, elles la font avancer; mais pour lors la matrice, le vagin, l'urètre & le périnée peuvent se déchirer, ou toutes les parties naturelles s'enflamment au point,

qu'elles tombent après la délivrance en gangrène; & les femmes qui n'en meurent point, sont sujettes pour le reste de leur vie, à une incontinence d'urine & d'excrémens. La matrice peut encore se déchirer par la grande violence des douleurs, lorsque la femme les fait trop valoir; ce qui lui cause quelquefois une mort subite, ainsi que je l'ai dit ailleurs.

Tous ces accidens sont rares: les douleurs cessent ordinairement au bout de 36 ou 48 heures; la tête ne s'allonge plus, mais s'enclave entièrement, soit à l'entrée, dans la cavité ou à la sortie du petit bassin, selon que les douleurs l'ont faite plus ou moins avancer.

Lorsque la tête de l'enfant a le troisième degré de grosseur, elle s'arrête dans le détroit supérieur du petit bassin, & y reste enclavée. Dans ce cas-ci, les douleurs, quelque violentes qu'elles soient, ne procurent aucun avancement, quoiqu'elles durent trois jours & même plus: si dans cette circonstance la matrice ne se déchire point, elle est au moins attaquée d'une inflammation occasionnée par la grande & violente pression de la tête de l'enfant, & cette inflammation est suivie d'une gangrène, qui tue la mère & l'enfant.

On voit par ce qui précède, que la grosseur excessive de la tête de l'enfant, peut causer trois degrés d'Accouchement laborieux. La nature seule peut terminer le premier; le second, quand il est secondé par le secours de l'art; mais le troisième est tout-à-fait du ressort de ce dernier.

Aussi long-tems qu'on apperçoit, qu'à chaque douleur la tête avance tant soit peu, que les douleurs & les forces de la femme subsistent, l'on a lieu d'espérer, que l'Accouchement dans le premier degré de grosseur de la tête, quoique lent, se ter-

minera avec le secours seul de la nature; mais si celle-ci, après avoir agi pendant 24 heures, a besoin d'un plus long espace de tems pour terminer l'Accouchement, la Sage-femme doit baptiser l'enfant & faire saigner la mère.

Le second degré est de plus grande conséquence, & la raison en est, qu'on ne peut prévoir par aucun signe dans le commencement du travail, que la tête sera enclavée, sur-tout, lorsque le bassin est bien conformé, l'enfant bien situé & toutes les autres circonstances favorables.

Les signes auxquels on peut connoître l'enclavement de la tête, sont :

1.^o Lorsqu'on s'apperçoit qu'en dépit des efforts de la nature & des secours de l'art, la tête de l'enfant reste en place & n'avance point; que la femme est épuisée & ne sent plus aucune douleur.

2.^o Lorsqu'il se forme sur la tête de l'enfant vivant, une tumeur molle, laquelle grossit & s'étend de plus en plus, au point, que les tégumens de la tête débordent quelquefois les grandes lèvres de la vulve, quoique le crane reste immobile, & ne bouge pas de sa place.

3.^o Les eaux ne coulent plus, sont ordinairement toutes échappées, & le vagin reste sec & enflé.

4.^o On sent la tête nue de l'enfant dans le vagin, quoiqu'elle ne soit pas encore hors de l'orifice de la matrice.

Lorsque la tête de l'enfant est située naturellement; ce qui est très-difficile à connoître, à moins qu'on n'ait touché la femme au commencement du travail, & lorsqu'on peut encore sui-

vre les traces des futures & de la fontanelle; & dans le cas où elle est enclavée, l'on doit examiner & rechercher en quoi la nature pèche: au cas que les douleurs cessent, à cause de la foiblesse de la femme, s'il n'y a ni inflammation de matrice, ni aucun autre accident urgent, il faut la laisser reposer, & lui donner du vin avec du safran, & ensuite les remèdes que j'ai indiqués dans l'article, où je traite du manque des douleurs. Si le vagin est sec & enflé, il faut y injecter des décoctions oléagineuses, pour l'humecter & le lubrifier: en agissant de la sorte, il arrive quelquefois que l'enclavement cesse, que les douleurs recommencent, & que la nature termine l'Accouchement; mais il faut faire attention, lorsque la tête de l'enfant se présente au passage, de bien soutenir le périnée, pour éviter qu'il ne se déchire.

Lorsque, malgré tous les remèdes & les moyens qu'on a employés, la tête de l'enfant reste toujours immobile, & que la Sage-femme s'apperçoit, que les forces de la femme commencent à s'affoiblir, elle doit instruire les personnes, qui lui appartiennent, du danger dont elle est menacée, & envoyer chercher un Accoucheur: elle aura soin d'indiquer à celui-ci l'endroit où la tête est enclavée; si c'est à l'entrée, dans la cavité ou à la sortie du petit bassin; si elle est naturellement située ou non, parce que la tumeur qui s'est formée dessus, & dont j'ai parlé, l'empêche de distinguer la situation de la tête.

Si l'Accoucheur voit qu'il n'y a point d'autres moyens à employer que ceux, dont la Sage-femme s'est déjà servie, & que l'Accouchement ne peut se terminer qu'avec celui du levier ou du forceps, & si ceux-ci ne suffisent point, de l'opération césarienne & de la section de la symphise des os pubis, ou d'ôter le cerveau, il doit plutôt que trop tard recourir à ces opérations; mais s'assurer auparavant si l'enfant est vivant ou mort,

afin de l'extraire dans l'un & l'autre cas pour sauver la mère. Il doit aussi savoir, comment il doit procéder pour conserver l'enfant en blessant la mère, c'est-à-dire, en pratiquant la section césarienne ou la section de la symphise, pour donner le jour à l'enfant.

Si la tête de l'enfant est tellement disproportionnée au bassin, qu'elle ne puisse point y entrer, & qu'il soit assuré, qu'il est encore vivant, il ne reste d'autre moyen pour le sauver, que l'opération césarienne, qui, quoique douteuse pour la mère, ne laisse pas d'avoir quelquefois un heureux succès. Il est inutile dans ce cas-ci de retourner l'enfant, d'employer le levier & le forceps. Quand même on retourneroit l'enfant, on ne pourroit l'extraire, à cause de la grosseur de sa tête. Le levier pourroit lui faire prendre une mauvaise position, & le forceps deviendrait inutile, parce qu'elle est au-dessus de l'entrée du petit bassin. Le plus sûr dans ce cas-ci, lorsque l'enfant vit encore, est d'employer, comme j'ai dit ci-dessus, l'opération césarienne; & s'il est mort, de diminuer la tête de l'enfant.

Au cas qu'une partie de la tête de l'enfant soit engagée dans la capacité du petit bassin, qu'elle s'y enclave, & que les douleurs cessent, il faut employer le levier, tant pour les faire revivre, que pour la faire avancer.

Si le levier ne produit point son effet, l'on se servira du forceps pour l'extraire, comme on le feroit avec deux mains de fer: si ce dernier ne réussit pas non plus, & que l'enfant soit vivant, on pratiquera la section de la symphise des os pubis; & s'il est mort, on diminuera la tête, en enlevant le cerveau.

Ces sortes d'opérations sont beaucoup plus difficiles, lorsque la tête de l'enfant est enclavée dans le détroit supérieur du petit bassin, que si elle étoit dans sa cavité ou dans sa sortie.

SEC-

SECTION II.

La difformité de la tête.

Lorsqu'une tête difforme n'est point trop grosse, que ses os ne sont point trop endurcis, & que toutes les autres circonstances sont favorables, elle ne trouve pas plus de difficulté pour sortir, qu'une tête bien conformée; mais lorsque la grosseur se trouve jointe à la difformité, il peut en résulter un Accouchement laborieux, & même impossible. Comme l'on connoît ce défaut par le toucher, c'est à l'Accoucheur à voir les opérations qu'il doit employer, c'est-à-dire, s'il doit se servir de la main ou d'instrumens: c'est dans cette occasion-ci, qu'il doit faire usage de son génie, car l'on ne fauroit donner là-dessus des regles générales, à cause des différentes difformités que la tête peut avoir.

SECTION III.

L'hydrocéphale.

Il arrive souvent, ainsi que l'ont observé plusieurs Auteurs, tant anciens que modernes, que la tête d'un enfant, à cause de la flexibilité des os qui composent le crâne, grossit extraordinairement par l'eau qui le distend; & cela est cause qu'on ne peut extraire l'enfant par la voie naturelle, soit qu'il se présente par la tête ou par les pieds, de manière que cet accident doit au moins causer un très-grand obstacle.

Lorsque l'enfant se présente par la tête, l'on ne fauroit facilement juger de sa conformation & de sa situation, qu'au moment que le travail commence, & dans l'intervalle des douleurs: dans ce cas-ci, les futures de la tête sont fort écartées, & lorsque les douleurs font avancer l'enfant, sa tête s'enclave

à la sortie du bassin. Il se forme peu à peu une grosse tumeur sur la tête, qui sort en forme d'une vessie gonflée, & qui lui donne une longueur considérable.

On a observé que la nature seule a expulsé des têtes d'une grosseur énorme, dont la raison est, qu'elles s'allongent, à cause de la flexibilité des os du crâne. Quelquefois les tégumens crevent pendant le travail, & l'eau qu'ils contiennent, venant à s'écouler, la tête franchit aisément le passage. On a des exemples, que la tête s'est enclavée, & qu'on n'a pu l'extraire qu'avec le secours de l'art.

Un Accoucheur, qui est assuré de la trop grande circonférence de la tête, peut promptement faciliter l'Accouchement d'une hydrocéphale, en faisant avec une lancette cachée, comme, par exemple, le pharyngotome, des incisions peu profondes dans la tumeur, pour faire écouler l'eau qu'elle tenferme; mais cette opération n'a lieu que lorsque l'eau est logée sous les tégumens; c'est pour l'ordinaire une hydrocéphale interne, qui exige qu'on fasse l'incision entre les pariétaux jusque dans l'intérieur du crâne, pour en faire sortir l'eau: si dans ce cas-ci l'enfant est encore vivant, il meurt ensuite de l'évacuation subite de l'eau hors du crâne; car l'on fait par l'expérience, que les enfans qu'on a trépanés en pareils cas, sont morts peu de tems après.

Si l'hydrocéphale est enclavée dans la capacité du bassin, & si l'on est entièrement assuré que l'enfant est encore vivant; ce qui est rare dans ce cas-ci, parce qu'on est appelé trop tard à son secours, la conscience exige, qu'on tâche de terminer l'Accouchement avec le levier ou le forceps.

Si l'enfant est mort & qu'on ait des signes manifestes, qui le

confirment, il n'y a plus de réflexions à faire, & on doit uniquement ouvrir le crâne avec des ciseaux ou tel autre instrument, pour donner issue à l'eau, après quoi la tête s'affaîsse; & si la femme a encore des douleurs expulsives, la nature seule pourra terminer l'Accouchement : au cas que celle-ci ait le dessous, on introduira les doigts dans l'ouverture qu'on a faite au crâne, pour tirer l'enfant dehors; ce qui sera d'autant plus facile, que ces sortes d'enfans sont rarement gros & replets.

Au cas que la tête ne suive point, parce qu'elle est trop enclavée, l'on se servira avec prudence du crochet pour l'extraire.

J'enseignerai dans l'article, où je traite de l'Accouchement par les pieds, la manière d'extraire un enfant taqué d'une hydrocéphale par ces mêmes parties.

SECTION IV.

Deux têtes sur le même tronc.

Il arrive, quoique rarement, que les enfans croissent avec deux têtes dans la matrice, ou avec deux corps & une seule tête: les plus habiles Ecrivains attestent ce fait. Puis donc qu'on a tant de peine à extraire une seule tête, l'on me demandera comment il est possible de pouvoir accoucher une femme d'un enfant qui en a deux?

On voit dans la Salle d'Anatomie de Louvain, un enfant de cette espèce, dont une femme accoucha heureusement à Malines. Lorsqu'on a de pareilles femmes à accoucher, l'on doit examiner, si les deux têtes se présentent ensemble au passage ou séparément. Dans le premier cas, si les têtes qui se présen-

tent sont grosses, & que l'enfant soit vivant, on emploie le forceps, & s'il est mort, on enlèvera le cerveau, & on l'extraira avec le même instrument ou avec le crochet. Il peut arriver dans le second, que la nature termine seule l'Accouchement; car on a des exemples que ces sortes d'enfans monstrueux, ont le corps & la tête plus petite que les autres: c'est pourquoi on doit d'abord essayer d'extraire une tête seule, & au cas qu'on ne le puisse pas, on doit agir selon les circonstances, & ne rien négliger, pour sauver la mère.

Le célèbre CAMPER propose la question suivante dans sa Dissertation devant l'ouvrage de MAURICEAU: que faut il faire, lorsqu'un enfant à terme & à deux têtes présente l'une hors de la vulve, & que l'autre reste en arrière? est-on en droit dans cette occasion d'emputer l'une des deux? au cas qu'on emploie l'opération césarienne, comment s'y prendra-t-on pour faire rentrer la tête qui est sortie? Il veut que l'on sépare la tête, disant qu'elle ne peut plus être réduite, à moins qu'elle ne soit très-petite; & lorsque cela est, on peut extraire l'enfant par le manuel ordinaire. On doit d'autant moins hésiter, dit-il, à faire cette opération, que ces sortes d'enfans monstrueux naissent rarement vivans, & meurent peu de tems après qu'ils sont nés.

Lorsque l'une des têtes est sortie, & que l'autre s'oppose à l'Accouchement, on peut, lorsque l'enfant est mort, lui arracher la tête en la tordant. Il est inconcevable avec quelle aisance cela se pratique. On a des exemples, que le tronc se sépare de la tête, & combien de fois ne voit-on pas, que la tête se sépare du tronc. On ne doit donc pas, ainsi qu'on le pratiquoit anciennement, couper la tête de l'enfant avec le bistouri ou les ciseaux, parce qu'on peut blesser la mère; ce qui n'arrive pas, quand on sépare la tête de l'enfant, ou telle autre partie de son corps, en la tordant.

SECTION V.

L'ossification de la fontanelle & des sutures.

Lorsque la fontanelle & les sutures de la tête de l'enfant sont ossifiées, les pariétaux ne peuvent couler l'un sur l'autre, ni par conséquent la tête se conformer au passage osseux, par lequel elle doit sortir : dans ce cas-ci, à moins que le bassin ne soit spacieux, & la tête de l'enfant petite, elle peut s'enclaver au point, qu'il soit impossible de la dégager. On connoît ce défaut au toucher, & l'on s'apperçoit que les os du crâne sont très-durs & ne coulent pas l'un sur l'autre. Il faut dans ce cas, pour extraire l'enfant vivant, employer d'abord le levier ou le forceps ; & si ces instrumens ne réussissent point, recourir à la section de la symphise des os pubis ; & si l'enfant est mort, diminuer la tête. On auroit tort de vouloir retourner l'enfant pour l'extraire par les pieds, à moins qu'on n'espère par-là d'extraire l'enfant, la face placée sur le diamètre oblique ou transversal du détroit supérieur du petit bassin.

ARTICLE II.

Des défauts corporels de l'enfant.

Ces défauts sont :

- 1.° La trop grande largeur des épaules.
- 2.° La difformité de son corps.
- 3.° Deux jumeaux réunis ensemble.
- 4.° L'hydropisie de l'enfant.

SECTION I.

La trop grande largeur des épaules.

Les épaules de l'enfant peuvent être trop larges , comme sa tête trop grosse , & par conséquent causer obstacle à son passage. Selon quelques-uns, ce défaut n'est pas si rare qu'on se l'imagine; mais aussi il n'est pas si commun , que quelques Sages-femmes le pensent; ce qui est cause qu'elles veulent dégager les bras dans le moindre obstacle qu'elles rencontrent, même dans l'Accouchement le plus naturel.

On reconnoît ce défaut, lorsque la tête de l'enfant, étant dans sa position naturelle, après s'être avancée facilement & à tems dans la cavité du petit bassin, s'arrête tout à coup, ou, que la tête étant sortie, les épaules s'arrêtent à la sortie de ce même bassin. Dans le premier cas, les épaules se trouvent sur le diamètre antérieur du détroit supérieur du petit bassin : ce cas est de la plus grande conséquence, & mérite qu'on en traite séparément, comme je le ferai, en parlant de la position oblique de l'enfant. Dans le second cas, les épaules, à cause de leur trop grande largeur, s'arrêtent sous l'arcade des os pubis, ou contre les tubérosités des os ischions. J'ajouterai, que le contracteur de la vulve, serrant étroitement le cou de l'enfant, peut l'arrêter. Lorsque dans ces circonstances, les douleurs sont violentes, l'on peut abandonner le soin de cet Accouchement encore un moment à la nature; mais lorsque l'Accouchement ne se termine pas promptement, & que l'Accoucheur craint pour la vie de l'enfant, il doit placer les deux pouces sur son occiput, lui saisir avec les doigts de deux mains les joues & le menton, branler la tête de côté & d'autre, & la tirer vers soi; en observant cependant de ne point la violenter,

de crainte de séparer la tête du cou, ou tout au moins, de l'affoiblir en tirailant la moëlle épinière au point de lui causer la mort peu de tems après sa naissance. Le plus prudent est de couler l'index le long de son cou jusque sous l'aisselle; de poser le pouce de la même main sur son épaule, en même tems qu'on soutient son visage avec l'autre; de presser légèrement la première main sur son oreille, & de tirer l'épaule du côté opposé. *Voyez la Pl. IX. fig. 1.* Après avoir dégagé la première épaule, on change de mains, & l'on fait avec celle qui soutient le visage de l'enfant, la même chose pour l'autre.

L'Accoucheur joint ensuite les petits doigts de deux mains ensemble, & posant les deux pouces sur les épaules, *fig. 2 de la même Planche*, il tire l'enfant à lui en le remuant de côté & d'autre, le soutenant du bras gauche & glissant la main droite entre ses jambes, il saisit les pieds, pour qu'ils ne s'accrochent pas à la vulve. *Voyez la fig. 3.* Si cette manœuvre ne lui réussit point, il coulera la main le long du visage de l'enfant, entre l'os coccyx & sa poitrine, le dos de la main tourné vers le bas. Il cherchera ensuite avec les doigts le bras de l'enfant, & l'empoignant par la main, il la fera avancer sur sa poitrine, pour la tirer dehors: il saisira ensuite l'épaule du bras dégagé, portant l'autre main sur l'autre côté de la tête; & c'est ainsi que souvent il pourra venir à bout d'extraire l'enfant. Si ce moyen ne réussit pas non plus, il tâchera de dégager aussi l'autre bras; & si l'enfant n'a pas d'autres défauts corporels, il terminera promptement l'Accouchement,

Au cas que la contraction du constricteur l'empêche d'introduire la main, il introduira vers le haut le long du col un crochet émoussé & bien oint, qu'il placera sous l'aisselle, & avec lequel il la saisira; ce qui est aisé à faire sans blesser l'enfant, au moyen de quoi il extraira l'épaule.

Quelques-uns sont d'avis d'attendre que la contraction spasmodique ait cessé; mais cela est inutile & même dangereux, la raison en est, que lorsque l'enfant est bien conformé, il ne sauroit rencontrer d'obstacle, & que lorsqu'on attend plus long-tems, la contraction augmente & l'enfant court risque de mourir.

SECTION II.

La difformité du corps de l'enfant.

Il peut arriver, après que la tête est sortie naturellement, qu'indépendamment de la largeur des épaules, la poitrine & le ventre soient d'une grosseur excessive; ce qu'il suffit non-seulement pour retarder l'Accouchement, mais encore pour le rendre impossible. Lorsque ces sortes de cas se présentent, il faut d'abord examiner si l'enfant est vivant ou mort, afin, dans le premier cas, de l'extraire par le moyen de l'opération césarienne, & dans le second, qui est le plus ordinaire, de diminuer son corps en enlevant les intestins, &c. J'enseignerai en son lieu la manière de le faire.

SECTION III.

Deux jumeaux réunis ensemble.

Comme les enfans peuvent croître dans la matrice avec deux têtes, ce qui est assez rare, il peut arriver aussi, que deux enfans aient leurs corps collés ensemble, ou qu'ils aient deux corps & une seule tête: c'est de quoi plusieurs célèbres Ecrivains font foi, & dont on a vu des exemples. Les enfans peuvent être collés de plusieurs façons, par exemple, par la poitrine, le dos, le fondement, l'un par le côté droit & l'autre par le gauche.

Ces

Ces sortes d'enfans sont ordinairement plus petits que les autres, & c'est la raison pour laquelle on peut abandonner l'Accouchement à la nature, sur-tout, quand le bassin est bien large, que l'enfant n'est pas trop gros, & que les douleurs sont fortes & expulsives; & lorsque cela ne réussit point, on doit tenter tous les moyens possibles, pour terminer l'Accouchement avec la main, & lorsqu'on ne le peut pas, on doit alors agir selon les circonstances qui se présentent; mais toujours avec cette attention, qu'on ménage tant qu'on peut la mère.

Il peut arriver que deux enfans soient collés seulement par la peau; celle-ci venant à se déchirer, ils se détachent & ils sortent heureusement l'un après l'autre. Lorsqu'on s'apperçoit, que la nature veut opérer cette séparation, & que l'ouverture est assez spacieuse pour pouvoir introduire la main dans la matrice, il faut l'effectuer avec les doigts ou avec un instrument; car cette adhésion peut être très-légère; mais cette opération est inutile, lorsque les os sont réunis & confondus ensemble.

Il faut dans ce cas-ci sur-tout faire attention à la grosseur excessive du monstre. Si ces deux jumeaux ainsi adhérens, sont trop gros, eu égard au passage, & qu'ils soient encore vivans, il faut employer l'opération césarienne. Il est rare que ces enfans monstrueux naissent vivans, & lorsqu'on est assuré de leur mort, il faut leur vider la poitrine & le ventre, ou leur arracher ce qu'il y a de trop, comme, par exemple, une tête, lorsqu'il y en a deux sur le même corps, un bras, une jambe, &c. Il est inconcevable combien cette opération est facile, ainsi que l'expérience journalière le prouve, combien de fois ne voit-on pas que la tête se sépare du tronc, & que ce dernier se déchire aisément de la tête. Les Anciens coupoient ces parties

avec des bistouris ou des ciseaux, mais mal-à-propos; car ces fortes d'instrumens, avec lesquels on ne peut travailler qu'à tâtons, peuvent aisément blesser la matrice & ses parties voisines; ce que l'on prévient, en extrayant l'enfant par morceaux.

SECTION IV.

L'enfant hydropique.

Il arrive quelquefois que l'enfant ayant franchi le passage avec la tête & les épaules, ou que l'ayant tiré par les pieds, il s'arrête, sans que dans le premier cas les douleurs le fassent avancer, ou que dans le second l'on puisse terminer l'Accouchement par les pieds. Dans le premier cas on lui arracheroit plutôt la tête, & dans le second les jambes, que de le tirer de la cavité du bassin.

Il faut dans ce cas-ci chercher avec le doigt de l'une ou de l'autre main, ce qui s'oppose à sa sortie. Si l'on touche la partie éminente, & si l'on sent qu'elle est fortement boursoufflée comme une vessie tendue, sur-tout sur la poitrine de l'enfant, l'on doit avertir les parens de la femme, que l'enfant a une ascite, & ne peut naître sans le secours de l'art; qu'on ne peut employer ce dernier, sans lui avoir préalablement fait une ouverture dans le bas-ventre, pour évacuer la collection d'eau & l'extraire totalement.

L'Accoucheur est à même de connoître au moyen de la partie qui est sortie, si l'enfant est vivant ou mort; mais il est rare qu'il soit appelé lorsqu'il est vivant; supposé cependant qu'il le soit, voici alors la manière dont il doit procéder; car dans le second cas, peu importe comment il l'évacue, & il n'a qu'à suivre la méthode la plus facile.

Il y a autour du nombril un pli extrêmement mince & d'une étendue d'environ un pouce ; la peau de cet endroit est ordinairement fort déliée & distendue comme une exomphale par la collection d'eau, tellement qu'on la perce souvent aussi facilement, qu'on rompt la poche formée par les membranes dans l'Accouchement. C'est dans cet endroit, qu'on doit tâcher de faire une ouverture avec le doigt, quand on peut y arriver : c'est la méthode la plus facile, & l'on n'a pas lieu de craindre d'offenser la matrice ; ce qui arrive souvent lorsqu'on se sert du perforatoire ou du trois-quarts.

Au cas qu'on ne puisse point évacuer l'eau de cette manière, on doit faire avancer l'enfant si loin qu'on le pourra sans inconvénient, & ensuite introduire l'une des mains jusqu'à son ventre ; cela fait, l'on prend de l'autre un trois-quarts, qu'on conduit sur la main qu'on a introduite, & on l'enfonce dans la partie molle du bas-ventre, à l'endroit qu'on juge le plus commode : cela fait, l'on retirera le poinçon, au moyen de quoi l'eau s'écoulera. Si le cas est pressant, & qu'on n'ait point de trois-quarts, l'on se servira des ciseaux.

La nature seule terminera ensuite l'Accouchement, s'il est naturel, & l'art par les pieds, si ceux-ci se présentent.

C H A P I T R E V I I.

De l'Accouchement laborieux, occasionné par le vice des parties, qui, durant la grossesse, établissent la communication du fœtus avec la mère.

LEs parties qui appartiennent à ce Chapitre, sont : le cordon ombilical, le placenta, l'amnios, le chorion & les eaux de l'amnios.

ARTICLE I.

Des vices du cordon ombilical.

Quoique la mère & l'enfant qu'elle porte n'aient aucun défaut, l'Accouchement peut être cependant retardé, à cause des vices auxquels le cordon ombilical est sujet, & que voici :

- 1.^o Lorsque le cordon est trop court.
- 2.^o Qu'il s'entortille autour du cou du bras, du corps & des jambes.
- 3.^o Qu'il soit seul ou avec quelqu'autre partie de l'enfant.

SECTION I.

Lorsque le cordon est trop court.

Comme la trop grande longueur du cordon est nuisible, il peut de même, lorsqu'il est trop court, occasionner un Accouchement laborieux; car dans ce cas-ci, il est trop tendu lorsque l'enfant sort, ce qui l'arrête & arrache le placenta, ou il se rompt lui-même. Cette rupture peut arriver dans son milieu, ou hors du placenta, & ce qui est encore plus dangereux, dans le nombril même de l'enfant.

Dans ce cas-ci, lorsque l'Accouchement ne se termine pas promptement, l'arrachement du placenta peut causer à la mère, & la rupture du cordon à l'enfant, une hémorrhagie mortelle.

On ne découvre ordinairement la cause de cette hémorrhagie, qu'immédiatement après l'Accouchement. La tête de l'enfant, après que les eaux ont percé, bouche souvent tellement l'orifice de la matrice, qu'il n'en sort pas une goutte

de sang, de manière que le sang extravasé s'amasse dans sa cavité; on soupçonne que cela est ainsi, quand on voit que la femme tombe d'une foiblesse dans l'autre; qu'il lui prend une sueur froide, principalement sur le front & les extrémités, & que son ventre grossit d'un quart d'heure à l'autre.

Cette circonstance fâcheuse exige que l'on hâte l'Accouchement avec le forceps, savoir, lorsque la tête de l'enfant se trouve dans la cavité du petit bassin, & par les pieds, lorsque l'enfant a une position contre-nature.

Lorsqu'on s'apperçoit, après que l'enfant est sorti, que le cordon s'est séparé dans le nombril, l'on ne peut plus faire la ligature des artères; c'est pourquoi qu'on doit y appliquer un morceau d'amadou, & le tenir dessus jusqu'à ce qu'on voie qu'il s'y attache. Après quoi on y applique une compresse dessus, & on l'assure avec le bandage ordinaire. Les autres styptiques, tels que le vitriol, l'alun, &c. peuvent avoir des effets funestes, à cause que ces remèdes astringens étant pompés par les vaisseaux ombilicaux, occasionnent des inflammations, des squirrhés dans le foie, & même la mort.

Si le cordon s'arrache du placenta, & que celui-ci soit encore adhérent à la matrice, il est difficile de l'extraire, parce qu'on ne fait où le trouver, faute de guide.

Le mieux que l'on puisse faire dans ce cas-ci, est d'accoucher la femme dans son lit, afin que ses membres se raccourcissent, le cordon s'allonge, sur-tout si elle est couchée sur le côté. Ces sortes d'accidens n'auront alors pas si facilement lieu. Lors au contraire qu'elle se tient debout, ou qu'elle s'asseoit sur une chaise, l'enfant peut sortir promptement, & donner lieu aux accidens, dont je viens de parler.

SECTION II.

Le cordon entortillé autour du cou de l'enfant.

Il arrive assez souvent, que l'Accouchement est retardé, à cause que le cordon, qui est trop long, s'entortille autour de son corps, de ses bras, de ses jambes, &, ce qui est encore plus embarrassant, autour de son cou. *Voyez la Pl. XII. fig. 1;* car, quoique l'enfant soit dans une position convenable pour fortir, le travail est long, pénible & ennuyant pour la femme, & ne fait aucun progrès. Cette espèce d'Accouchement peut être également dangereux pour la mère & l'enfant, lors surtout que le placenta est arraché avec force, ou que le cordon se rompt; ou l'enfant meurt d'une apoplexie, à cause que le sang ne peut plus refluer de la tête.

On a cependant quelquefois observé, que l'Accouchement s'est terminé heureusement, & sans aucun fâcheux accident pour l'enfant, quoique le cordon fut en plusieurs circuits entortillé autour de son cou. On peut attribuer ce bonheur aux circonvolutions que les vaisseaux ombilicaux forment autour du cordon, auxquelles on donne le nom de nœuds, & qui alongent les vaisseaux sanguins au point, que le cordon devient d'un tiers plus long qu'il ne l'étoit. Cette longueur est suffisante pour empêcher qu'il n'arrache le placenta, & pour faciliter la sortie de l'enfant. Il y a cependant des cas dans lesquels la nature s'écarte, & qui exigent le secours d'un Accoucheur, lors surtout que le cordon s'entortille autour du cou de l'enfant.

Lorsque ce dernier se présente naturellement au passage, voici les signes auxquels l'on connoît que le cordon s'est entortillé autour de son cou :

1.^o La femme sent beaucoup de douleurs, qui ne sont pas de longue durée, mais entrecoupées.

2.^o La tête de l'enfant, qui, au commencement du travail, présentait le vertex au passage, se porte du côté où elle est tirée par le cordon, & lorsque la matrice se contracte, elle est poussée si fort vers le bas en droite ligne, que l'on croiroit qu'elle va sortir dans le fort des douleurs.

3.^o Après que la douleur est apaisée, la tête de l'enfant monte aussi haut qu'elle étoit descendue pendant qu'elle décroît.

4.^o Le tronc ne suit point la tête qui est sortie, & l'enfant a le visage d'un gris bleuâtre. Il survient un petit écoulement de sang à côté de la tête par le vagin.

5.^o Après que la tête est sortie, on sent le cordon entortillé autour du cou de l'enfant.

Lorsque la Sage-femme apperçoit ces signes, elle doit être assurée que le cordon est entortillé autour du cou de l'enfant, & elle n'a pas besoin d'autre preuve, comme, par exemple, d'introduire la main par force jusqu'au cou de l'enfant; ce qui est dangereux, à cause des contusions qu'on peut causer par cette manœuvre : elle doit alors baptiser l'enfant.

Quelques-uns conseillent, lorsque le travail dure trop longtemps, de terminer l'Accouchement avec le forceps; mais il pourroit arriver, en usant de violence, qu'on étranglât l'enfant, qu'on arrachât en même tems le placenta, qu'on renversât la matrice & qu'on la tirât dehors.

Il n'est pas aisé, à chaque accès de douleur, de retenir avec

les doigts le vertex de la tête de l'enfant , pendant qu'une aide appuie la main sur le ventre de la femme pour faire descendre l'enfant , à cause que sa tête ronde & glissante , est retirée avec force par le cordon , après que la douleur cesse.

On voit par-là , que la Sage-femme n'a autre chose à faire pour accélérer l'Accouchement , que de profiter du tems que les douleurs cessent , pour soutenir doucement avec la main le ventre de la femme , & empêcher par ce moyen , que la tête ne remonte : si celle-ci est sortie en partie hors de la vulve , elle la retiendra avec les doigts , jusqu'à ce qu'elle soit toute dehors.

Lorsqu'elle est entièrement sortie , on examinera laquelle des parties du cordon suit le plus facilement , & on la tirera vers soi , jusqu'à qu'elle ait assez d'étendue , pour la pouvoir glisser au dessus de la tête de l'enfant , & par-là donner la liberté à son cou & au cordon.

Au cas que le cordon soit tendu au point , de ne pouvoir glisser sur la tête de l'enfant , on coulera l'index de la main gauche entre le cordon & le cou de l'enfant , & on le coupera.

Le cordon s'entortille quelquefois avec tant de force , qu'on ne peut passer le doigt entre-deux ; il faut alors le couper avec des ciseaux ; mais pour pouvoir le suivre & le lever avec cet instrument sans blesser l'enfant , l'on doit se servir de ciseaux courbes , & dont la pointe soit émoussée. La Sage-femme aura soin en outre de garantir les lèvres de la vulve de la femme avec la main gauche , pour ne point les offenser avec les ciseaux : elle extraira ensuite l'enfant le plus promptement qu'il lui sera possible , & avant de faire la ligature au cordon , elle en laissera couler une quantité de sang , au cas que l'enfant soit bouffi.

Il arrive quelquefois dans l'Accouchement naturel , que l'enfant étant sorti jusqu'à la poitrine ou jusqu'au ventre, le reste de son corps ne peut suivre, à cause que le cordon est entortillé autour de son corps, de son bras ou de sa jambe. La Sage-femme doit prendre garde dans ce cas-ci , de ne point arracher le cordon ombilical, en le tirant trop fortement; ce qui l'exposeroit aux mêmes accidens, dont j'ai parlé ci-dessus : elle doit tirer le cordon doucement vers soi, pour lui donner plus d'étendue & pouvoir mieux le dégager.

SECTION III.

Lorsque le cordon sort seul ou avec quelqu'autre partie de l'enfant.

Le troisième cas, dans lequel l'Accouchement naturel en apparence peut devenir laborieux & contre-nature de la part du cordon ombilical, est, lorsque ce dernier sort seul ou avec quelqu'autre partie de l'enfant par l'orifice de la matrice.

La Sage-femme peut aisément connoître que le cordon sort avec une des parties de l'enfant, parce qu'on sent dans l'enveloppe qui contient les eaux une espèce de boyau mol & pulsant, qui, après que les eaux ont percé, sort hors du vagin quand il est fort long.

Elle doit dans ce cas-ci examiner soigneusement, quelle est la partie de l'enfant qui se présente avec le cordon; si c'est, par exemple, son bras, son pied, ses fesses, sa poitrine, son ventre, l'occiput, &c. & s'assurer de sa position, parce que l'Accouchement doit alors être précipité, non-seulement par rapport au cordon, mais aussi à cause de la mauvaise position de l'enfant.

Il arrive quelquefois, lorsque les membranes se déchirent, que les eaux entraînent une partie du cordon à côté de la tête de l'enfant : celle-ci peut dans ce cas être placée naturellement & de manière, que l'Accouchement soit prompt; cependant lorsqu'on abandonne ce dernier à la nature, l'enfant peut mourir en naissant, parce que le cordon, s'engageant entre la tête & les os du bassin, empêche la circulation du sang entre la mère & l'enfant.

Lorsque cet accident arrive, que la tête de l'enfant est petite, le bassin spacieux, la femme robuste, les douleurs fortes, expulsives & continues, qu'elle les fait valoir courageusement, que le cordon est placé dans le creux à côté de la faillie de l'os sacrum & que l'Accouchement est prompt, l'enfant peut venir au monde vivant, mais pour l'ordinaire il est extrêmement foible. Comme cependant on n'est pas toujours assuré d'une suite aussi heureuse, l'on ne peut pas s'y fier, car autrement on abandonneroit la vie de l'enfant au hazard. Dans 50 Accouchemens de cette espèce, on n'en trouve quelquefois qu'un, dans lequel l'enfant naît vivant.

Le cordon peut sortir de deux façons; il peut être placé devant la tête de l'enfant ou à côté.

Lorsqu'il est placé à côté de la tête, on ne le sent point dans la poche formée par les membranes, si ce n'est après que ces dernières ont percé, & on le trouve ordinairement à l'entrée du petit bassin, que la tête de l'enfant ne remplit point, à cause qu'elle est située obliquement. Dans ce cas-ci, la Sage-femme doit saisir avec ses deux doigts la partie qui fait chûte & la faire glisser sur la tête de l'enfant, en faisant coucher la femme sur le côté opposé. Lorsque la tête de l'enfant prend

une position naturelle & remplit ce même détroit du petit bassin, de manière à ne laisser aucun passage au cordon, non-seulement le cordon ne suivra point, mais l'Accouchement se terminera naturellement & heureusement.

On place, pour obtenir cet effet, la femme de façon, qu'elle s'appuie sur ses genoux & sur ses coudes, en mettant des coussins dessous, pour qu'elle soit plus commodément. La Sage-femme se place derrière elle, & après avoir fait rentrer le cordon, elle le contient avec les doigts de la main qu'elle a dans le vagin, jusqu'à ce qu'une forte douleur ait fait assez avancer la tête de l'enfant, pour qu'elle remplisse le détroit supérieur du petit bassin & l'orifice de la matrice, pour empêcher la rechûte. Cela fait, la femme se recouche sur le dos, & l'on abandonne le reste de l'Accouchement à la nature.

Quelques-uns sont d'avis, pour empêcher la rechûte du cordon & obvier à la violence que peut souffrir la tête de l'enfant, lorsqu'on appuie les doigts dessus, d'introduire un petit rouleau de ruban ou de toile bien fine, entre la tête & l'orifice de la matrice, dans le vuide qui reste dans le détroit supérieur du petit bassin, par lequel le cordon sort, en laissant sortir l'un des bouts de cette bande hors du vagin, pour pouvoir la retirer le long de la tête, après que le vuide est rempli, & d'abandonner ensuite l'Accouchement à la nature.

Lorsque le cordon sort avant la tête de l'enfant, on le sent au travers des membranes, & après que les eaux ont percé, il tombe dans le vagin & en sort quelquefois. Cela arrive, lorsque l'entrée du petit bassin est grande & la tête petite, quoique cette dernière soit bien ou mal située.

Comme on n'est pas toujours le maître de faire rentrer le cordon de manière qu'il ne sorte plus, la Sage-femme doit se hâter de délivrer la femme le plus promptement qu'il lui est possible, & d'extraire l'enfant par les pieds. Si elle différoit plus long-tems, les eaux pourroient percer, échapper & faire avancer la tête de l'enfant au point, qu'il seroit impossible de le retourner; ce qui seroit cause, que l'enfant seroit exposé à une mort infaillible. Lorsque la tête de l'enfant est tombée au fond du bassin, il faut à l'instant l'extraire avec le forceps, & au cas qu'on n'en ait point & que le cas soit pressant, introduire deux doigts dans la bouche de l'enfant, & profiter du tems que les douleurs sont très-expulsives, & que la femme les fait valoir, pour l'extraire. Lorsque l'enfant est mort, peu importe que le cordon soit sorti ou non, parce que celui-ci ne peut causer d'obstacle à l'Accouchement. Lorsque le cordon sort avant la tête, l'on doit assurer le salut de l'enfant, en l'ondoyant à tems.

Lorsque le cordon vient à sortir de la manière que je viens de dire, & que les circonstances exigent, qu'on n'abandonne point l'Accouchement à la nature, la Sage-femme doit avec la main gauche & le coude appuyé sur son genou, pousser la tête de l'enfant du côté & sur l'os des îles gauche, ensuite dégager & tirer le bras, pour le faire tomber sur le côté droit, après quoi elle se conduira pour le reste comme je l'enseignerai dans l'endroit, où je traite de l'Accouchement, dans lequel l'enfant présente le bras droit.

A R T I C L E II.

Des défauts du placenta.

Les défauts principaux du placenta, qui peuvent occasionner un Accouchement laborieux, sont: sa mauvaise position, son trop ou trop peu d'adhérence.

Le placenta, pour que son adhérence & sa position soient naturelles, doit être placé dans ou autour du fond de la matrice : il ne doit point se détacher avant l'Accouchement, ni rester dans la matrice, après qu'il est terminé. Lorsqu'il n'est pas assez adhérent à ce viscère, il peut avant & même dans le tems de l'Accouchement, se détacher, tomber dans le vagin, être extrait par une main mal-adroite, pendant que l'enfant est encore dans la matrice ; ce qui occasionne les accidens les plus dangereux, tant pour la mère, que pour l'enfant. Lors, au contraire, que son implantation est trop forte, l'on a de la peine à l'extraire après l'Accouchement ; ce qui donne lieu à d'autres accidens.

On met au nombre des défauts du placenta .

1.^o Lorsqu'il se présente le premier.

2.^o Son implantation contre-nature.

3.^o Sa rétention après l'Accouchement.

SECTION I

Lorsque le placenta se présente le premier au passage.

Lorsque la Sage-femme apperçoit une perte de sang chez la femme en travail, elle doit, comme je l'ai dit ci-dessus, examiner avec soin, si le placenta ne se présente pas à l'orifice de la matrice & s'il n'est pas implanté dans cet endroit.

Le placenta peut s'implanter à la surface interne de l'orifice de la matrice, de manière qu'il le bouche entièrement ou en partie : c'est ce qui fait qu'on distingue deux sortes d'implantation de ce corps, l'une totale & l'autre partielle.

L'implantation totale du placenta à l'orifice de la matrice est non-seulement dangereuse, mais elle peut causer la mort à la femme avant qu'elle ait accouché, à moins qu'on n'agisse dans cette occasion avec beaucoup de prudence. Lorsque l'adhérence n'est que partielle, l'Accouchement peut être quelquefois heureux, lors sur-tout qu'il ne s'oppose point à la sortie de l'enfant; & c'est alors que la perte de sang n'est pas si dangereuse, parce que l'Accouchement se termine promptement.

Je vais d'abord parler du cas le plus craintif & le plus fâcheux, dans lequel le placenta est collé par le milieu contre l'orifice de la matrice. Il est aisé de distinguer les signes qui l'annoncent.

1.^o La femme éprouve quelquefois à la fin de sa grossesse, sans en savoir la cause, une légère perte de sang, occasionnée par la distention du col & de l'orifice de la matrice, qui cesse par le repos du lit.

2.^o Cette perte augmente pendant les douleurs, parce que l'orifice de la matrice se dilate davantage, & que le placenta se détache de plus en plus; où au contraire la perte occasionnée par d'autres accidens, lorsque le placenta est implanté au fond de la matrice, est moindre, parce que le fond de ce viscère & par conséquent ses vaisseaux se contractent, & qu'en outre la tête de l'enfant, étant plus avancée, bouche l'orifice de ce même viscère.

3.^o Lorsqu'on introduit le doigt dans l'orifice de la matrice, on ne sent point les membranes au travers de ce corps rond & dur, comme dans l'Accouchement naturel, lorsque la tête de l'enfant se présente; tout au contraire, le col & l'orifice de la matrice paroissent comme remplis avec une éponge.

On ne doit point se méprendre ici, car il peut arriver, qu'après des douleurs fortes & violentes & à cause de la contraction de la matrice, on rencontre des grumeaux de sang à l'entrée de son orifice, que l'on prendroit pour le placenta. Il est cependant aisé de le distinguer, parce que les caillots ne sont point adhérens, & qu'on peut les diviser & extraire avec le doigt; au lieu que le placenta est un corps plus ferme, & qu'on sent les vaisseaux, avec lesquels il s'implante à l'orifice de la matrice.

Il arrive quelquefois, que la poche formée par les eaux, s'inclinant vers le sacrum de la mère, se présente très-flasque au toucher, & comme cette poche est long-tems à se remplir, & qu'elle forme une bosse, elle ne s'étend que très-lentement, & la figure qu'elle forme, correspond si bien à la mollesse du placenta, qu'on pourroit aisément la confondre avec ce dernier; mais on la distingue, en ce qu'elle n'est point accompagnée d'une perte de sang.

Il s'ensuit de ce que je viens de dire, qu'on pourroit très-bien, faute d'attention, se méprendre, agir de travers & commettre les bévues les plus lourdes, tant à l'égard des pronostics que l'on forme aux spectateurs, & dont la réputation d'une Sage-femme dépend, qu'à l'égard des opérations que l'on fait; ce qu'il n'arrive point, lorsqu'on agit avec des réflexions mûres.

Lorsque le placenta étant placé sur l'orifice de la matrice, il ne survient aucune douleur, que l'orifice de la matrice se dilate peu ou ne s'ouvre point du tout, que la perte de sang est très-légère, & par conséquent le tems de l'Accouchement éloigné, on doit recommander le repos à la femme & lui donner un bouillon léger, jusqu'à ce que le terme de cet Accouchement laborieux & dangereux soit arrivé. Les douleurs

ne sont alors que très-foibles & ne dilatent l'orifice de la matrice que fort peu ; mais à mesure qu'elles augmentent , la perte de sang devient plus abondante , & à proportion que celle-ci augmente , les douleurs diminuent & même cessent.

Lorsqu'il n'y a que la moitié du placenta implantée sur l'orifice de la matrice , on le reconnoît à ce qu'on ne sent qu'une partie de ce dernier , & une partie des eaux , & au travers de celles-ci , une partie de la tête de l'enfant. Si les douleurs sont fortes & continues ; si la perte est médiocre , & qu'à chaque accès de douleur , la tête de l'enfant , dont la position est naturelle , avance de plus en plus dans l'orifice de la matrice , la Sage-femme peut abandonner cet Accouchement à la nature , & la raison en est , que la tête de l'enfant en avançant , presse tellement les vaisseaux ouverts de la partie du placenta qui la devance , & qui s'est détachée , contre les os du bassin , que l'hémorrhagie non-seulement diminue , mais cesse quelquefois entièrement , & que l'Accouchement se termine heureusement. Comme ceci n'est pas une règle générale , la Sage-femme doit être très-circonspecte & avoir toujours les yeux sur la perte. Lorsqu'elle s'aperçoit que la tête de l'enfant ne pourroit avancer assez vite , & que la perte augmente , elle ne doit plus être simple spectatrice des opérations de la nature , mais tourner l'enfant & l'extraire par les pieds , pour terminer l'Accouchement le plus promptement qu'il est possible.

Si au contraire le placenta est tout entier implanté sur l'orifice de la matrice , elle ne sentira , comme je l'ai dit ci-dessus , ni la poche qui contient les eaux , ni encore moins la tête de l'enfant. Dans ce cas-ci , les douleurs sont au commencement très-foibles , & n'ouvrent que très-peu l'orifice de la matrice ;
mais

mais à mesure qu'il s'ouvre davantage, le placenta se détache de plus en plus, & la perte de sang devient plus abondante à chaque nouvel accès de douleur.

Les douleurs cessent enfin peu à peu, sans qu'on puisse les faire revivre par aucun remède interne ou externe, & la femme perd tout-à-fait ses forces. Il ne reste d'autre remède dans un cas aussi dangereux que celui-ci, qui est de retourner l'enfant, & de l'extraire par les pieds. Au cas que l'orifice de la matrice ne soit pas encore assez ouvert, pour pouvoir y introduire la main, on tâchera de le dilater avec les doigts, avec le plus de précaution que l'on pourra; ce qui est facile à faire, à cause que la matrice est affoiblie & son orifice plus mou; après quoi l'on détachera une partie du placenta, pour se frayer un passage vers l'enfant.

Voici comment la Sage-femme doit s'y prendre, pour réussir dans cette opération: après avoir averti les assistans ou les personnes qui s'intéressent à la femme en travail de la circonstance fâcheuse dans laquelle elle se trouve, elle introduira la main par le vagin jusqu'à l'orifice de la matrice; elle cherchera ensuite l'endroit où le placenta est le plus détaché ou le moins adhérent; elle commencera par lever cette portion peu à peu & à la détacher autant qu'il le faut, pour pouvoir introduire les doigts entre-deux. Elle la poussera de côté, & ayant trouvé les membranes, elle les percera, pour reconnoître la position de l'enfant, afin de le pouvoir retourner le plus promptement qu'il lui sera possible & l'extraire par les pieds. La chose sera d'autant plus facile à faire, que les eaux ne s'étant point encore entièrement écoulées, & que la matrice est peu contractée. L'enfant n'est pas plutôt sorti, que le placenta le suit. Dans le cas où il ne le fait pas, l'on introduit de nouveau la

main & l'on acheve de détacher ce qui en reste : ceci est rarement nécessaire , parce qu'il se détache suffisamment à mesure qu'on extrait l'enfant , après quoi l'hémorrhagie cesse.

L'heureux succès de cet Accouchement dangereux dépend entièrement de la promptitude & de la dextérité avec laquelle on retourne l'enfant : c'est pourquoi la Sage-femme doit agir dans cette occasion avec autant de fermeté que d'adresse , pour terminer promptement l'Accouchement sans retirer la main , après l'avoir introduite une fois dans la cavité de la matrice , pour commencer de nouveau ; car le sang sort en abondance lorsqu'elle la retire , où au contraire la main , étant ferrée dans l'orifice de la matrice , comprime en quelque façon les vaisseaux ouverts. C'est pourquoi l'on doit , avant de mettre la main à l'œuvre , procurer à la femme une situation convenable , pour ne plus la lui faire changer.

Quelques Accoucheurs prétendent qu'on doit extraire le placenta avant l'enfant : d'autres veulent qu'on le perce d'abord dans le milieu , pour faciliter la sortie de l'enfant ; mais ces deux opinions ne me paroissent pas bien fondées , sur-tout la première , & leur exécution peut avoir des suites funestes. Pour pouvoir extraire le placenta avant que l'Accouchement soit terminé , il faudroit commencer par le détacher tout autour , & si l'hémorrhagie étoit abondante , elle feroit à coup sûr mortelle , parce que l'orifice de la matrice ne se peut contracter : ajoutez à cela , qu'il faudroit arracher avec force le placenta des enveloppes , dans lesquelles l'enfant est enfermé , pour pouvoir l'extraire avec une partie du cordon ; ce qui causeroit inmanquablement la mort de l'enfant. Le cas pourroit aussi devenir funeste en perçant le placenta , & la raison en est , qu'il y a dans son centre de grosses branches de vaisseaux , qu'on ne manqueroit pas de déchirer. On pourroit , il est vrai , en

s'y prenant de la forte, détacher tout d'un coup le placenta ; mais peut-on se promettre, que l'Accouchement se terminera promptement ? ne surviendrait-il pas à l'instant une hémorrhagie, dont la mère & l'enfant feroient les malheureuses victimes ?

Malgré ce que je viens de dire, quelques-uns prétendent qu'il est moins dangereux de percer le placenta dans le milieu, que de le détacher de côté, parce, disent-ils, que les vaisseaux de la matrice sont plus éloignés de cet endroit, & que la main de la Sage-femme sert d'un tampon à ce lieu, qui, par sa pression sur les vaisseaux, arrête en partie l'hémorrhagie. Je n'ai point encore éprouvé cette méthode, laquelle a été proposée de nouveau par le Professeur LAUVERJAT à Paris, selon le rapport de mon ami M. CLERCK, Chirurgien-accoucheur, très-distingué & Prévôt de mon Ecole ; mais il me paroît que pour la pratiquer avec succès, il faut autant de prudence que de dextérité ; car on expose le placenta à un décollement total par cette opération.

Le cas exige qu'on perce le placenta au milieu, lorsque la tête de l'enfant est fort avancée au passage, & que ce corps est dans le milieu fort mince & tendu, de sorte qu'on peut espérer que l'Accouchement sera promptement terminé, soit par la nature, soit avec le secours du forceps ; mais ce cas est rare, & peut être l'unique entre mille de cette espèce : il est donc bien plus prudent, de ne pas s'y fier, mais de retourner l'enfant à tems, lors sur-tout qu'on s'aperçoit que la femme en travail commence à s'affoiblir & les douleurs à diminuer.

SECTION II.

L'implantation du placenta contre-nature.

L'implantation ordinaire du placenta durant la grossesse, est au fond de la matrice, ainsi qu'on l'a observé en ou-

vrant les cadavres de celles qui sont mortes enceintes, & en portant la main dans la matrice pour chercher ou détacher le placenta de celles qui sont vivantes. Il n'y a cependant aucun endroit dans toute la périphérie de la matrice, qui ne soit susceptible de cette implantation ; la plus fâcheuse est celle sur la surface interne de l'orifice de la matrice, pour les raisons que j'ai dites ci-devant. Les autres implantations du placenta peuvent uniquement occasionner un décollement prématuré de ce corps, une mauvaise position de l'enfant & l'obliquité de la matrice. J'ai démontré la manière dont on se doit conduire dans ces fortes de cas.

SECTION III.

La rétention du placenta après l'Accouchement.

J'ai parlé fort au long de cet article dans la 1.^e Partie, pag. 120. & j'y renvoie le Lecteur.

ARTICLE III.

Des défauts des membranes de l'enfant.

Il est rare que les membranes, dans lesquelles l'enfant est enveloppé, soient sujettes à un défaut contre-nature, & quand cela est, il est ordinairement de fort peu de conséquence ; elles peuvent nonobstant retarder l'Accouchement, lorsqu'elles sont trop épaisses ou trop minces.

SECTION I.

Les membranes trop épaisses.

On remarque quelquefois que la tête de l'enfant avance jusqu'entre les lèvres de la vulve, sans que les enveloppes se déchirent. On s'apperçoit aussi-tôt dans ce cas-ci, qu'elles

sont extrêmement épaisses & aussi coriaces qu'un fin parchemin, de manière qu'on a quelquefois de la peine à les déchirer avec les doigts. Lorsque cela arrive, il faut les ouvrir avec des ciseaux, mais de la manière & avec la même précaution, dont j'ai parlé dans la première Partie, pour ouvrir un passage à la tête de l'enfant & empêcher que celui-ci & ses dépendances, ou l'œuf entier ne soit expulsé inopinément & subitement; ce qui seroit cause qu'il mourroit suffoqué, faute de pouvoir respirer.

Il n'est pas toujours nécessaire d'attendre, pour les percer, qu'elles soient sorties hors des lèvres de la vulve; car lorsqu'on s'apperçoit qu'elles sont extrêmement distendues, que l'orifice de la matrice est suffisamment dilaté, que la femme est affoiblie, & que pour le reste l'on ne prévoit point d'obstacle ultérieur, on peut les rompre de meilleure heure, après quoi la tête de l'enfant perce ordinairement tout à coup, parce que la capacité de la matrice étant diminuée par l'écoulement des eaux, elle peut mieux agir, pour terminer l'Accouchement.

La Sage-femme doit se conduire dans tous ces cas-ci avec beaucoup de prudence, ainsi que je l'ai dit plusieurs fois; car les membranes épaisses peuvent être d'une grande utilité; par exemple, lorsque la femme est fort âgée, qu'elle accouche pour la première fois, & que les muscles sacro-ischiatiques cèdent difficilement, à cause de leur rigidité; parce que ces fortes de membranes épaisses les écartent, ce qui rend l'Accouchement moins laborieux.

SECTION II.

Les membranes trop minces.

Lors, au contraire, que les membranes sont extrêmement

minces, & que la nature ou la Sage-femme a l'imprudence de les déchirer avant que l'orifice de la matrice soit suffisamment dilaté, les eaux s'écoulent avant le tems; l'orifice de la matrice ne s'ouvre pas assez; les douleurs n'agissent pas autant qu'il le faudroit, ni sur l'enfant, ni sur la matrice pour les faire avancer dans le bassin; ce qui retarde l'Accouchement & le rend laborieux.

On ne connoît aucun moyen pour remédier à ce défaut; les injections ne produisent aucun effet: il faut donc attendre & voir en quoi la nature manque. Si la tête de l'enfant n'est pas assez avancée, & qu'on s'apperçoive que l'orifice de la matrice n'est pas suffisamment dilaté, il faut à chaque accès de douleur le dilater un peu, en y introduisant un ou deux doigts; mais avec précaution, de crainte de le déchirer & de l'obliger à se resserrer. On ne doit pas s'imaginer que l'orifice de la matrice se dilate aisément: il est donc de la prudence de ne rien faire.

A R T I C L E I V.

Du défaut des eaux.

L'Accouchement peut également être retardé, lorsque les eaux, dans lesquelles l'enfant nage, sont en trop grande ou en trop petite quantité.

S E C T I O N I.

La trop grande quantité d'eau.

Lorsque la cavité de la matrice (il est indifférent par quelle cause) se trouve remplie d'une trop grande quantité d'eau, elle se distend considérablement, au moyen de quoi elle perd beaucoup de son élasticité & tombe dans une espèce d'inertie: dans ce cas-ci, le ventre grossit considérablement, & lorsqu'au commencement de l'Accouchement les eaux ne s'écoulent point en quantité suffisante, les douleurs n'agissent presque point sur

ce viscère; ce qui est cause qu'elle ne peut se contracter. Lorsqu'on est totalement assuré de cette trop grande abondance d'eau, il faut percer les membranes de bonne heure, & au cas qu'elles se soient ouvertes, & que la tête de l'enfant bouche entièrement l'orifice de la matrice, de sorte qu'elles ne puissent plus s'écouler, il faut, pendant que les douleurs durent, la lever avec deux doigts, pour en faire écouler une partie; ce qui facilite la contraction de la matrice, augmente ses forces & fait qu'elle agit plus efficacement sur l'enfant. On ne doit pas les évacuer tout à coup, mais à différentes reprises. On mêle du vin rouge ou du vinaigre avec de l'eau froide, & on l'applique sur le ventre de la femme, ou bien on le frotte avec des linges que l'on parfume avec des aromatiques, ou bien on lui fait avaler de l'eau de canelle, pour prévenir l'hémorrhagie que peut occasionner la foiblesse de la matrice.

SECTION II.

Le défaut d'eau.

Il arrive quelquefois, malgré les apparences les plus heureuses, qu'il se trouve très-peu d'eau & même qu'il ne s'en trouve point du tout entre la tête de l'enfant & les membranes qui l'enveloppent. Dans le premier cas, il ne faut point toucher à ces dernières, dans l'espoir, que venant à se gonfler de plus en plus, elles dilateront le passage. Dans le second cas les membranes étant déchirées, ou en cas que non, on doit les percer, lever, ainsi que je l'ai dit ci-dessus, avec deux ou trois doigts la tête de l'enfant, pour les faire écouler, & faciliter la contraction de la matrice.

Lorsque les eaux s'écoulent trop tôt, la matrice se contracte sur l'enfant, de même qu'un gant sur la main; ce qui retarde l'Accouchement & fait qu'on a toutes les peines du monde à retourner l'enfant. Il faut, lorsque les eaux manquent, user de patience, vu qu'on ne peut en augmenter la quantité.

Il y a quelques Sages-femmes, qui, lorsque dans le tems de l'Accouchement elles ne sentent dans l'orifice de la matrice aucune poche, pendant que les membranes sont tendues sur la tête de l'enfant, quoiqu'elle soit déjà avancée, comme je l'ai dit ci-dessus, s'imaginent aussi-tôt que les eaux ont percé; & comme dans ce cas-ci l'Accouchement n'avance que très-lentement, elles n'abandonnent point leur ancienne & damnable pratique d'irriter sans cesse l'orifice de la matrice, pour le dilater en repoussant aussi le coccix; &c. ce qui est cause que les membranes, qui seroient peut-être remplies, se déchirent, & que l'Accouchement devient aussi long que laborieux. Elles savent alors parfaitement cacher leur erreur, & pour exalter leur action, elles disent & assurent même avec serment, que l'enfant est venu au monde sans le secours des eaux; ce qui a occasionné, disent-elles, pour autant que cela leur est connu, un Accouchement très-long & très-laborieux. Elles ajoutent, que sans leurs secours (il seroit à souhaiter cependant qu'elles n'eussent rien fait) il n'auroit jamais vu le jour. Elles appellent cette espèce de travail, un travail sec.

Si elles connoissoient le mécanisme de l'Accouchement, elles ne toucheroient jamais ou du moins qu'en tremblant ces membranes, vu qu'elles sont si minces chez quelques femmes & si délicates, qu'elles se déchirent aisément, soit avec les doigts de la Sage-femme, soit par les efforts que fait la tête de l'enfant, de manière que le déchirement prématuré des membranes & par conséquent le défaut d'eau forment un obstacle, tant à l'Accouchement naturel, qu'à celui contre-nature.

FIN DE LA SECONDE PARTIE.



ÉCOLE PRATIQUE
DES

ACCOUCHEMENS.

III. PARTIE,

Dans laquelle on traite des Accouchemens contre-nature.

CHAPITRE I.

De l'Accouchement contre-nature en général.



Ai dit ci-devant qu'on donne le nom d'Accouchement contre-nature à tous ceux, dans lesquels un enfant présente au passage toute autre partie du corps que la tête, ce qui oblige de le terminer par les pieds.

Ces sortes d'Accouchemens peuvent, de même que les naturels, être faciles ou laborieux.

III. Partie.

N n

Les plus aisés à terminer , sont ceux dans lesquels l'enfant se présente par le siège ou en double , le dos tourné vers le pubis de la mère ; ou par les pieds , les talons en avant & les orteils en arrière. Lorsqu'il n'a aucun vice de conformation , qu'il ne rencontre aucun obstacle dans son passage , & que l'Accouchement se termine en peu de tems , mais pas trop promptement , à cause des accidens qui peuvent en résulter ; car on peut dans ces sortes d'Accouchemens violenter la nature & exposer la femme à un danger mortel , ainsi que je le montrerai dans la suite.

La difficulté des Accouchemens contre-nature provient pour l'ordinaire de la mauvaise position de l'enfant dans la matrice , & elle suffit pour l'empêcher de sortir , lors même qu'il n'a rien sur son corps , qui puisse s'opposer à son passage.

Il n'y a pas un point sur toute la surface du corps de l'enfant , par lequel il ne puisse se présenter au passage. Pour connoître les différentes positions qu'il peut avoir lorsqu'il se présente , il faut les examiner toutes , & avoir une idée juste de chacune en particulier.

Sa position peut être naturelle ou telle que je l'ai dit ci-dessus , c'est-à-dire , l'occiput tourné du côté de l'os pubis & le visage de celui de l'os sacrum. Toute autre position qui s'éloigne de celle-ci , peut rendre un Accouchement laborieux ou contre-nature. Il est laborieux , lorsque la nature , après un long travail , vient à bout de surmonter les obstacles qui le rendent tel , avec un danger imminent pour la mère & pour son enfant. Ces obstacles sont , par exemple , lorsque le sommet de la tête de l'enfant ne se trouve point directement sur l'axe du bassin , & qu'au contraire il a le visage tourné du côté de l'os pubis de sa mère , ou que présentant les fesses , il doit naître en double ;

ce que la nature ne peut opérer qu'avec beaucoup de tems & de peine, & souvent qu'avec le secours de l'art.

La position contre-nature, est celle qui fait que l'Accouchement ne peut se terminer, qu'avec le secours de l'art.

Les signes généraux de l'Accouchement contre-nature, avant que les eaux aient percé, sont les suivans :

1.^o Le ventre de la femme enceinte, n'a pas la même forme que lorsque la position de l'enfant est naturelle.

2.^o Chez quelques femmes, les douleurs, au commencement du travail, sont vraies, chez d'autres, compliquées avec les fausses, & par conséquent mixtes. Les unes & les autres ne font aucun progrès & sont même nuisibles.

3.^o Le cercle de l'orifice de la matrice n'est pas parfaitement rond, comme dans l'Accouchement naturel, mais un peu ovale, & les membranes se présentent sous la même forme, comme on le voit, *Pl. VI. fig. 5.*

4.^o La poche formée par les membranes est moins remplie, moins dure & moins saillante, & lorsque l'enfant se présente par une de ses extrémités, elle a la forme d'un boudin. On ne sent quelquefois rien à travers, & d'autres fois, l'on ne sent qu'une petite partie de l'enfant.

5.^o Lorsque les membranes se déchirent, il en sort tout d'un coup une grande quantité d'eau. Ce seul signe suffit pour connoître que l'Accouchement est contre-nature, sans qu'il soit besoin de toucher la femme; car dans celui qui est naturel & facile, il n'y a que l'eau contenue dans la poche

formée par les membranes, qui sort, & cet écoulement ne peut continuer, parce que la tête de l'enfant prend aussi-tôt la place qu'occupoit cette poche; ce qui n'arrive point, lorsqu'il est situé contre-nature ou transversalement dans le bassin, comme il ne peut pas descendre pour remplir l'orifice de la matrice, il laisse par conséquent un vuide entre lui & cette dernière partie; ce qui est cause que les eaux s'écoulent & s'échappent toutes à la fois.

6.^o Après que les dernières se sont écoulées, l'on peut aisément connoître par le toucher la partie qu'il présente au passage, de même que la position qu'il a dans la matrice.

Je me propose de parler de chacune de ces positions contre-nature séparément; mais comme la plupart exige que l'on retourne l'enfant, & que cette manœuvre étant la plus importante de l'art des Accouchemens, je vais premièrement indiquer les cas qui exigent que l'on retourne l'enfant, & qu'on l'extraie par les pieds, de même que la manière dont on doit s'y prendre pour réussir. Je ne prétends point discuter, ni encore moins critiquer les découvertes & les systèmes de ceux qui ont traité cette matière, mais prouver seulement à ceux qui liront mon Ouvrage, que les moyens que j'indique ici pour retourner un enfant situé contre-nature, sont fondés sur des principes sûrs & incontestables, appuyés sur les épreuves qu'on en a faites sur différentes femmes, & confirmés par les découvertes que l'on fait tous les jours. On les comprendra d'autant plus aisément, que chaque manœuvre est représentée dans une figure; ce qui ne peut que plaire infiniment au Lecteur.



C H A P I T R E X X.

Des circonstances qu'on doit observer pour retourner un enfant.

Tourner ou retourner un enfant, est une opération de la main, que l'on pratique pour terminer l'Accouchement, en l'amenant & l'extrayant par les pieds.

Il est en général nécessaire de retourner l'enfant, 1.^o lorsque dans le tems de l'Accouchement, il est situé de manière, que la nature ne peut l'effectuer; car à moins d'une nécessité absolue, on ne doit ni on ne peut le faire, par exemple, pour s'exercer dans cette manœuvre ou pour hâter l'Accouchement, parce qu'on ne pourroit pratiquer cette opération sans causer des douleurs à la mère, & sans exposer la vie de l'enfant, à cause de la pression qu'éprouve le cordon ombilical. 2.^o Lorsque la matrice a une obliquité absolue. 3.^o Lorsque l'enfant étant vivant, le cordon sort avant sa tête, & qu'on ne peut plus le faire rentrer. 4.^o Lorsqu'il survient une hémorrhagie occasionnée par le placenta, qui se présente à l'orifice de la matrice. 5.^o Lorsque l'orifice de ce viscère étant ouvert, la femme est attaquée de convulsions, qui la menacent de la mort.

Avant de retourner l'enfant, l'on doit faire attention aux circonstances suivantes :

1.^o Que l'orifice de la matrice soit assez dilaté, pour pouvoir y introduire aisément trois doigts à la fois, comme on le voit, *Pl. VI. fig. 3.*; car il est dangereux de le dilater avec violence, à cause du déchirement, de l'hémorrhagie, des convulsions & des autres accidens que l'on peut occasionner.

2.^o L'enfant doit être à terme, car ceux qui n'ont que six mois, sur-tout lorsqu'ils sont morts & pourris, peuvent être expulsés par la nature dans toutes sortes de situation.

3.^o On doit s'assurer, s'il est encore possible de retourner l'enfant; car lorsque le bassin est étroit & mal conformé, que l'enfant est extrêmement gros, que sa tête ou ses fesses remplissent entièrement la cavité du petit bassin, on ne doit point tenter de le retourner, & la raison en est, qu'on n'élargiroit point le bassin & qu'on ne diminueroit point la tête. Le seul avantage qu'on a dans ce cas-ci, en retournant l'enfant, est qu'on peut tourner la tête de manière, que son grand diamètre se trouve sur celui du bassin de sa mère; car il peut se faire qu'ils soient tous les deux fort grands, comme je l'ai dit, pag. 45. Lorsque la tête est engagée dans le petit bassin, on doit alors employer le forceps. Je dirai dans la suite ce qu'on doit faire, lorsqu'il présente les fesses.

4.^o Que lorsqu'on a dessein de retourner l'enfant, on doit auparavant très-scrupuleusement s'assurer de sa situation, en touchant la partie qu'il présente à l'orifice de la matrice, & en examinant l'état du ventre de la mère.

5.^o Que dans le cas où l'on est obligé de le retourner, on doit le faire aussi-tôt que les eaux percent, ou que n'ayant pas percé, l'orifice de la matrice est au second degré de dilatation, voyez la Pl. VI. fig. 3.; car il est plus aisé de retourner l'enfant, lorsque la matrice est encore distendue; on cause d'ailleurs moins de douleur à la femme, que lorsqu'on attend que les eaux soient entièrement écoulées, & l'on est plus assuré de conserver la vie de l'enfant.

6.^o Que lorsqu'on veut pratiquer cette manœuvre, on doit

placer la femme de façon, qu'étant couchée sur le dos, ce dernier soit placé bas & ses fesses élevées; de sorte, que ses parties naturelles soient de niveau avec le nombril de l'Accoucheur, pour que celui-ci puisse sans aucune gêne, y introduire la main. La meilleure position que l'on puisse faire prendre à la femme, est de la coucher de travers sur son lit, comme on le voit, *Pl. VII. fig. 2.* Une aide placée derrière, soutient sa tête & ses épaules; deux autres assises sur des chaises fort basses, tiennent de chaque côté, savoir celle qui est du côté droit, avec la main droite son pied droit, qu'elle appuie sur son genou gauche, & avec la gauche le genou du même côté, & l'aide qui est à gauche agit de même de son côté. Toutes les deux lui plient les genoux & les écartent; l'Accoucheur se place entre-deux & retourne l'enfant étant debout ou assis, selon la position haute ou basse de la femme.

7.^o Lors cependant qu'on est obligé d'extraire les pieds de l'enfant du côté du pubis de la mère, on trouve beaucoup de difficultés à surmonter, si l'on ne donne pas d'autre situation à la femme, que celle d'être couchée sur le dos. Pour mieux réussir, on doit la placer sur le côté, ou ce qui est encore mieux, la faire appuyer sur ses coudes & sur ses genoux; alors on introduit la main par derrière entre les fesses dans la matrice, pour saisir les pieds de l'enfant & les extraire. Lorsque la matrice est obliquement située, pour introduire plus aisément la main dans ce viscère, & trouver les pieds de l'enfant, la femme doit se coucher sur le côté, par exemple, sur le gauche, lorsque l'Accoucheur doit agir de la main droite, & *vice-versa*. Lorsque les pieds sont déjà avancés dans le passage, la femme se tourne avec la cuisse droite sur le bras de celui qui tient ces pieds, & se recouche ensuite sur le dos, comme je l'ai dit ci-dessus, pour terminer l'Accouchement.

8.^o Que pour trouver les pieds de ce dernier, on doit bien s'assurer de l'endroit, où ils sont placés, & que pour les chercher, on ne doit pas conduire sa main en commençant par la nuque & l'épine du dos, mais toujours par son visage, sa poitrine, son ventre, ses aines, ses cuisses & ses genoux, placer le pouce dans le pli de ces derniers & les doigts, de sorte, que le petit touche les orteils. *Voyez la Pl. XIV. fig. 3.*

9.^o Que pour s'assurer de la position des bras de l'enfant, les dégager & les extraire, on coule l'index le long de son ventre & de sa poitrine, jusque sous l'aisselle, d'où l'on descend sur son coude; *voyez la Pl. XI. fig. 2.*; car lorsqu'on manque à ce précepte, on peut aisément se tromper sur leur position.

10.^o Que lorsque la tête de l'enfant est trop grosse pour pouvoir sortir, on doit dégager un ou deux bras & l'extraire, pour avoir la facilité de pouvoir tourner sa tête du côté du diamètre oblique du petit bassin. *Voyez la Pl. XI. fig. 7.* Si l'on reconnoît qu'ils sont placés à côté de sa tête, & si l'on prévoit que celle-ci n'est point trop grosse, il est inutile d'extraire les bras.

11.^o Que lorsqu'on a extrait les deux bras, on doit, pour empêcher que l'orifice de la matrice en se contractant, ne ferre le cou de l'enfant, poser les doigts sur son menton ou sur sa bouche. *Voyez la Pl. XI. fig. 10.*

12.^o Que pour dégager le bras, on doit rapprocher l'avant-bras de sa poitrine & glisser sa main le long de cette dernière partie & de son ventre, & puis la placer à côté de sa cuisse. *Voyez la Pl. XI. fig. 7 & 9.*

13.° On doit glisser le bras qui est placé derrière la tête de l'enfant & sur son cou, à côté de son oreille avec l'index de la main droite, si c'est le bras gauche, & *vice-versâ*. Voyez la Pl. XI. fig. 5.

14.° On doit extraire le bras qui est placé sous le pubis de la mère sur son dos & le placer à côté de sa cuisse; fig. 6. de la même Planche. On extraira de même le bras qui est placé sur sa poitrine. Voyez la fig. 7. On agira de la même manière dans tous les cas où les bras sont ainsi pliés, & ne peuvent point glisser à côté de la tête de l'enfant.

15.° On ne dégage ni on n'extraît les bras de l'enfant, qu'après que ses fesses sont sorties.

16.° On placera son pouce sous le genou de l'enfant & on le rapprochera de son ventre, pour raccourcir cette partie & l'extraire le long du grand diamètre du petit bassin, mais jamais le long de la saillie de l'os sacrum.

17.° On ne doit jamais tirer les pieds de l'enfant le long du dos par-dessus les épaules, de crainte de lui froisser non seulement les jambes & les cuisses, mais encore l'épine du dos; ce qui est cause, que les enfans naissent paralytiques, & parce qu'on risque, quand on repousse la tête à cause de sa situation oblique, & qu'on veut terminer l'Accouchement par les pieds, de la faire descendre en même tems dans le petit bassin; ce qui peut occasionner un obstacle insurmontable, à moins qu'on ne puisse de nouveau repousser les pieds par-dessus les épaules, tourner l'enfant sur le côté, & après lui avoir dégagé le bras, l'extraire par les pieds.

18.° La paume de la main doit être toujours tournée vers la

partie de l'enfant qu'on veut saisir, soit pour la tourner, soit pour l'amener dehors.

19.^o Lorsque les bras ou les jambes de l'enfant se présentent au passage, ils servent de guide à la main qui doit l'extraire : on doit observer de ne point couler l'index sur le dehors du bras ou de la jambe, mais en dedans, je veux dire, sous l'aisselle & en l'avançant vers & le long de la poitrine ; & si c'est par les pieds, en l'avançant en dedans de la jambe & de la cuisse, jusque dans les aines, comme on le voit, *Pl. X. fig. 2. & Pl. XIV. fig. 2.* Lorsqu'on néglige cette précaution, on ramène aisément les pieds sur le dos de l'enfant ; ce qui cause une difficulté, comme je l'ai observé, art. 17.

20.^o On doit se servir de la main droite, lorsque la tête de l'enfant repose sur l'os des îles gauche de la mère, & sur son côté droit. *Voyez la Pl. XIV. fig. 2., & vice-versa*, afin que le pouce de la main qui agit, se trouve placé directement dans le pli du genou.

21.^o On doit toujours saisir les bras & les jambes de l'enfant au-dessus de leur jointure & jamais ailleurs ; si l'on agissoit autrement, ces parties ne pourroient pas fléchir, & on courroit risque de les casser.

22.^o L'effort qu'on est obligé de faire avec la main, doit plutôt agir sur l'enfant que sur la matrice de la mère, parce que cette dernière est extrêmement sensible & sujette aux inflammations.

23.^o Lorsqu'une partie de l'enfant, par exemple, la tête se présente, & qu'on la soulève pour chercher les pieds, il faut qu'un aide l'assujettisse avec les mains sur le ventre de la femme, pour empêcher que la matrice ne se déchire.

24.^o Que dans le cas où la femme a le ventre penché au-dessus du pubis en forme de besace, il n'y a point d'obstacle pour introduire la main, mais pendant qu'on opère, l'enfant se tourne avec la main dans la matrice; ce qui empêche de pouvoir bien saisir & amener la main ou le pied de l'enfant: il faut dans ce cas qu'un aide soulève le ventre de la femme, ou à son défaut, le soulever & le soutenir soi-même avec la tête, pendant qu'on emploie la main pour extraire.

25.^o Qu'on ne doit jamais agir dans le fort des douleurs, & que même on doit interdire à la femme de les faire valoir, pendant qu'on retourne l'enfant; car quoique les douleurs dilatent l'orifice de la matrice, elles repoussent en même tems la main de l'Accoucheur & font descendre l'enfant si avant dans le petit bassin, qu'on rencontre un double obstacle pour le tourner & saisir ses pieds.

26.^o On ne doit graisser que le dos de la main, car si on la graissoit en dedans aussi-bien que les doigts, elle glisseroit sur la partie, & on ne pourroit ni la saisir, ni l'extraire.

27.^o Avant de retourner l'enfant, on doit ondoyer la partie avec laquelle il se présente au passage, à moins qu'on ne soit vraiment assuré qu'il est mort.

28.^o Que pour introduire la main dans le vagin & dans la matrice, on doit s'y prendre de la manière suivante: on introduit d'abord l'index & le doigt du milieu dans le premier, & ensuite le troisième & le quatrième en plaçant le pouce de façon, que le tout ensemble forme une espèce de cône, que l'on introduit en tournoyant dans le vagin. Après

que cette partie est dedans, on tâche d'introduire de la même manière la main dans la matrice par son orifice.

29.^o Que pour bien soutenir le bras qui doit agir pendant qu'on repousse la tête, le dos, les hanches, &c. de l'enfant, ou qu'on cherche les pieds fort haut dans la matrice, on doit appuyer son coude sur son genou du même côté, au moyen de quoi, le bras a plus de force & l'on se fatigue moins.

30.^o Qu'on doit avoir la précaution d'écarter les poils & les lèvres des parties, pour qu'elles ne rentrent point lorsqu'on introduit la main dans le vagin. Lorsqu'on néglige cette précaution, l'on ne fauroit introduire la main dans le vagin, sans que la femme jette des cris qui effraient les assistants, & elle ne veut plus qu'on fasse de nouveaux essais. Après que la main a franchi le constricteur de la vulve, elle ne se plaint plus, & on ne rencontre plus d'obstacle qu'à l'orifice de la matrice.

Ce sont-là les regles générales qu'on doit observer, lorsqu'on veut retourner un enfant. Je traiterai de chacune séparément à chaque occasion qui se présentera de faire cette opération, & j'y joindrai une Planche, pour me rendre plus intelligible.

Pour se former une juste idée de la manière dont on doit s'y prendre, pour retourner un enfant, & se mettre en état de le faire avec succès, on doit commencer par se munir d'un bassin de femme & d'une poupée de la grandeur & de la grosseur d'un enfant naturel. Après qu'on se sera exercé quelque tems, & que l'on commencera à comprendre ces manœuvres, on se servira de notre mannequin ordinaire, qui imite parfaitement la

nature, puisqu'on y démontre toutes les contractions de la matrice & les mauvaises positions de l'enfant du tems de l'Accouchement. Le principal avantage que l'on retire delà, est qu'on se met en état de pratiquer, pour ainsi dire, avec les yeux fermés, les leçons qu'un Maître nous a enseignées; par exemple, comment on se doit comporter pour introduire la main dans la matrice, pour s'assurer de la position de l'enfant; pour lui faire changer de place; pour saisir ses membres, les dégager & les extraire. On conçoit aisément, qu'à moins qu'on ne soit parfaitement versé dans la pratique de ces différentes opérations sur ce mannequin, on ne sauroit exceller dans l'art des Accouchemens, sinon qu'on voudroit s'exercer aux dépens de la mère & de son enfant.

I. ACCOUCHEMENT.

L'enfant présente les deux pieds au passage, les talons tournés vers le pubis & les orteils vers le sacrum de la mère. Voyez la Pl. X. & XI.

Lorsque l'enfant se présente de cette manière, & qu'il ne rencontre aucun obstacle à son passage, ni de sa part, ni de celle de sa mère, cet Accouchement n'a rien que de facile.

Quoique l'enfant se présente par les pieds, il peut néanmoins avoir quatre positions différentes: la première est celle que je viens de décrire; la seconde est toute opposée, puisque le dos de l'enfant & les talons regardent la partie postérieure de la matrice, tandis que les orteils, la face & la poitrine sont au-dessous de la partie antérieure de ce viscère. Dans la troisième & quatrième position, les talons répondent à l'un ou à l'autre côté du bassin. On compte ces trois dernières positions parmi les Accouchemens laborieux; de sorte qu'on divise les Accou-

chemens qui se terminent par les pieds, en faciles & en laborieux.

Voici les signes qui annoncent que l'enfant se présente par les pieds :

1.^o Les douleurs, au commencement du travail sont naturellement expulsives, mais elles ne dilatent que très-lentement l'orifice de la matrice.

2.^o La forme du cercle de l'orifice de la matrice n'est point parfaitement ronde comme dans l'Accouchement naturel, mais un peu oblongue. La poche formée par les membranes a la même figure & est de plus alongée comme un boudin. *Voyez la Pl. VI. fig. 5.*

3.^o Cette poche est moins remplie & moins dure au toucher; on ne sent à travers aucun corps dur & rond, comme lorsque la tête se présente, ainsi qu'on le voit, *fig. 3 & 4 de la même Planche*, mais des parties minces.

4.^o Lorsque les membranes se rompent, les eaux s'échappent insensiblement toutes, parce que les pieds de l'enfant ne remplissent pas autant l'orifice de la matrice, que le feroit sa tête.

5.^o Après que les membranes sont rompues, l'on sent, en touchant la partie nue de l'enfant, facilement les pieds, qu'il est aisé de distinguer des mains, par l'angle aigu qu'ils forment avec les jambes; par les talons, les malléoles & les orteils; ces derniers diffèrent des doigts, en ce qu'ils sont sur la même ligne, & vont en diminuant par degrés, au lieu que les doigts sont plus longs, les pouces écartés de ceux-ci & plus courts.

Lorsqu'on est assuré par les signes que je viens d'indiquer, que l'enfant présente les pieds & que l'orifice de la matrice est suffisamment ouvert, l'on ne doit point attendre que la nature

agisse, mais percer les membranes; car si elles venoient à se rompre dans le fort des douleurs, les eaux s'écouleroient entièrement, ce qui rendroit l'Accouchement laborieux.

Après que les eaux ont percé, on doit à l'instant examiner de quel côté les orteils sont tournés; si c'est du côté de l'os pubis de la mère, de celui des os des îles, ou de l'os sacrum, qui est le cas représenté ici par la *fig. 1.*

L'enfant présente dans celui-ci un pied droit & un pied gauche, les orteils tournés en arrière, les talons en devant & repose sur le ventre. Après avoir placé la femme dans une position convenable, telle que celle de la *Pl. VII. fig. 2.*, l'on commence par examiner si les deux pieds appartiennent au même enfant, parce qu'il peut arriver, lorsqu'il y en a deux, & que leurs enveloppes rompent en même tems, que l'un présente le pied droit & l'autre le gauche au passage; ce qui peut aisément induire en embarras, sur-tout, si faute d'attention on extrairoit les deux pieds à la fois.

Pour ne pas se méprendre, on doit saisir de la main gauche le pied droit de l'enfant, *fig. 2.*, & couler l'index de la droite en dedans & le long de la jambe & de la cuisse, jusqu'à ses parties naturelles pour trouver l'autre cuisse. On coulera ensuite le même doigt le long & en dedans de la cuisse gauche, jusqu'à ce que les malléoles internes & les dos des pieds tombent dans la paume de la main; voyez la *fig. 3.*; & on extraira ainsi les pieds jusqu'au-dessus des malléoles.

Cela fait, on saisira un pied de chaque main, de manière que la plante pose sur sa paume; que l'index soit placé sur la malléole interne & le doigt du milieu sur l'externe. On rappro-

chera ensuite ses deux mains, & on extraira, en tirant doucement & par gradation vers le bas, l'enfant jusqu'au-dessus des genoux: je dis par gradation, pour ne point trop précipiter l'Accouchement & donner le tems à la matrice de se contracter & contribuer à l'expulsion de l'enfant; car lorsqu'on veut terminer cet Accouchement promptement, ainsi que le font les Accoucheurs & les Sages-femmes sans expérience, en donnant la montre en mains des assistans, pour faire voir qu'ils sont très-versés à retourner un enfant, on blesse non-seulement les parties molles, par lesquelles l'enfant doit passer, mais on les contond & irrite tellement, qu'elles se rétrécissent & causent un enclavement à la tête de l'enfant, d'où résultent de très-grands obstacles. J'ajouterai, qu'ensuite d'un Accouchement si précipité, la matrice tombe dans une inertie, qui peut être suivie d'une hémorrhagie mortelle. Un Accoucheur doit agir sur l'enfant, qu'autant qu'il le faut pour aider la nature, sans la violenter.

Après que les genoux sont sortis, on les saisit des deux mains, de manière que les pouces & les index forment un cercle; que les deux pouces se touchent & forment un angle aigu avec le coude. *Voyez la fig. 5.* Après quoi on extrait l'enfant jusqu'au-dessus des fesses.

Cela fait, on saisit de la main gauche, *fig. 7.*, les deux pieds de façon, que leurs plantes posent sur la paume; que le pouce soit placé sur la malléole externe du pied droit, l'index entre les deux internes & les trois autres doigts sur l'externe de la jambe gauche. Pendant qu'on soutient de la sorte tout le corps de l'enfant, on glisse les doigts bien étendus de la main droite le long de son ventre & de sa poitrine, jusqu'à qu'on puisse atteindre aux deux aisselles. On les avance

avance & recule, pour examiner si ses bras sont bien placés, je veux dire, de chaque côté de sa tête; dans ce dernier cas, on avance ensuite le doigt jusqu'à son menton, pour s'assurer s'il ne s'arrêtera pas sur la saillie de l'os sacrum. Lorsque tout est en bon état, on retire la main sans extraire les bras; car lorsque le passage est spacieux, la tête de l'enfant petite, ce que l'on connoît par le toucher & par l'inspection des parties qui sont sorties, l'on ne doit point s'amuser à extraire les bras l'un après l'autre, mais conjointement avec la tête, à côté de laquelle ils sont placés; car on prévient par ce moyen la contraction de l'orifice de la matrice & du vagin sur le cou de l'enfant.

Croisant ensuite les doigts des deux mains, on les pose, partie sur son ventre & partie sur ses parties naturelles, de manière que les pouces portent sur ses hanches & sur son crou-pion, *voyez la fig. 6.*, & on l'extrait jusqu'aux aisselles.

On couche ensuite l'enfant de son long sur le bras gauche, & plaçant le pouce sous son menton, l'index & le doigt du milieu de chaque côté de son nez, on rapproche avec ces derniers son menton de sa poitrine, en levant un peu le coude: plaçant ensuite la main droite sur son dos, on pousse avec les bouts des doigts son occiput, de même que si l'on vouloit le faire rentrer de nouveau, & on l'extrait tout-à-fait dehors, en lui faisant faire la bascule. On remarque ici le contraire de l'Accouchement naturel; car dans ce dernier le sommet de la tête sort le premier & les bouts des orteils les derniers; & dans l'autre, ceux-ci les premiers & le sommet de la tête le dernier.

Ce sont-là les règles générales que l'on suit, & le manuel qu'on emploie dans l'Accouchement simple par les pieds; mais

on ne réussit pas toujours de même dans tous les cas, & l'on a quelquefois de grands obstacles à surmonter, notamment par rapport à la tête de l'enfant, lorsqu'on la tire par le détroit supérieur du petit bassin, pour qu'elle s'engage dans sa cavité. Dans ce dernier cas, il y a d'autres circonstances qui sont cause qu'elle s'y arrête; ce qui met la vie de l'enfant en danger.

La tête de l'enfant peut s'arrêter par le menton sur la saillie de l'os sacrum, & lorsqu'on use de violence pour l'extraire, on la sépareroit plutôt du tronc, que d'en venir à bout. *Voyez la Pl. XI. fig. 1.*

Dans ce cas-ci, l'on doit extraire le bras le plus proche de l'os sacrum de la mère, je suppose que ce soit le gauche & saisir de la main droite les deux pieds, *fig. 2*, pour soutenir son corps & couler la main gauche le long de son ventre & de sa poitrine jusque sous l'aisselle : on coule ensuite les doigts sur l'articulation de l'épaule, l'humerus & le coude jusque sur l'avant-bras; on place le pouce dans le pli du coude, *voyez la même fig.*, de façon que ce dernier forme un angle aigu, pour glisser sa main sur son visage & l'amener sous son menton sur sa poitrine, *fig. 7*, d'où la conduisant le long de son ventre, on la place à côté de sa cuisse, *fig. 9.*

On a par ce moyen autant de place qu'il en faut, pour dégager son menton de l'os sacrum. Pour cet effet, on coule, comme ci-dessus, la main gauche le long de son ventre & de sa poitrine jusque sous le menton, que l'on souleve un peu, pour donner passage aux doigts. On pose le pouce sous le menton, l'index & le doigt du milieu des deux côtés de son nez, ou prudemment dans sa bouche, pour tourner son visage du côté du diamètre oblique, c'est-à-dire, du côté qu'on

a dégagé son bras, *fig. 1* ; on abaisse ensuite son menton sur sa poitrine & l'on fait tomber sa tête dans le petit bassin.

Lorsque ce moyen ne réussit pas, l'on extrait le second bras, pour faire place à la tête, & amener son grand diamètre, sur celui de l'entrée du petit bassin.

On doit extraire le bras avec précaution, car si on le tiroit sans le plier, l'on courroit risque de le fracturer.

Après avoir ainsi amené le menton & l'autre partie de la tête dans la cavité du petit bassin & extrait les deux bras, comme on le voit, *fig. 9*, l'on doit continuer de tenir le pouce sous le menton de l'enfant, l'index & le doigt du milieu des deux côtés de son nez, parce que l'orifice de la matrice glissant sur ses épaules & ne trouvant rien qui l'arrête, pourroit aisément se contracter & serrer son cou, *fig. 10* ; ce qui causeroit un nouvel obstacle.

Quelques-uns veulent, lorsque le menton s'arrête sur la faillie de l'os sacrum, qu'on extraie l'enfant par derrière, en l'élevant au dessus de l'anus de la mère, dans l'idée que le menton baissera sur la poitrine & se dégagera par ce moyen. J'ai eu occasion d'employer ce manuel, mais il ne m'a point réussi, & on n'en fera point surpris, si l'on connoît l'axe du bassin & si l'on réfléchit au peu d'effet que cette manœuvre doit avoir sur l'enfant.

Pendant qu'on tient ainsi les deux doigts dans la bouche de l'enfant, on ne doit pas trop appuyer sur la mâchoire inférieure, de crainte de la disloquer ou de la fracturer ; il vaut par conséquent mieux les placer des deux côtés de son nez, & ex-

horter la femme à faire valoir ses douleurs , pendant qu'on n'a pas les doigts dans la bouche de l'enfant , pour faire avancer sa tête , mais uniquement pour tourner son visage de côté , & pour conduire la tête dans la cavité de l'os sacrum.

Lorsque l'enfant fera assez avancé , pour pouvoir atteindre à ses épaules avec l'index & le doigt du milieu , on les poussera un peu pour faire avancer la tête dans l'entrée du vagin , & appuyant les bouts des doigts sur l'occiput , on lui fera faire la bascule , *Pl. X. fig. 8* , & on l'extraira.

Lorsque l'enfant est mort & même pourri , l'on doit user des mêmes précautions que s'il étoit vivant , pour l'extraire en entier s'il est possible , ne seroit-ce que pour conserver sa réputation ; car on ne pourroit pas toujours persuader à ceux qui sont présens , qu'il étoit mort avant qu'on y touchât. La tête d'un enfant mort , lors sur-tout que la corruption s'en est emparée , se sépare aisément du tronc , & c'est-là un accident que l'Accoucheur doit prévenir. Pour cet effet , il ne doit pas trop appuyer sur la mâchoire inférieure , de peur de la disloquer ou de la fracturer ; mais introduire ses doigts dans les orbites , & , s'il le peut , saisir la tête par son sommet & la faire descendre ; ce qui est souvent aisé , parce que ces fortes de têtes s'affaissent & se laissent pétrir ; en observant strictement les règles que je viens de prescrire , on extraira le corps en entier.

Il arrive quelquefois que des Sages-femmes mal-adroites , voulant extraire l'enfant par les pieds après l'avoir tué , lui arrachent la tête au point , qu'elle ne tient au tronc que par quelques parties du cou. Lorsque cela leur arrive , elles envoient chercher un Accoucheur ou une Sage femme renommée , pour terminer l'Accouchement & cacher leur honte.

Ces derniers doivent agir avec la plus grande précaution, s'ils veulent conserver leur réputation; car il pourroit facilement arriver, qu'un Accoucheur expert montrât un tronc séparé de la tête aux assistans, & qu'on imputât cette faute à sa maladresse plutôt qu'à celle de la Sage-femme. On doit donc, avant d'extraire l'enfant, bien & mûrement examiner toutes les circonstances qui indiquent, s'il est entier ou non, pour pouvoir dire ce qui en est.

Lorsque la tête est extrêmement grosse, contrefaite ou hydrocéphale, il est quelquefois impossible de l'extraire, sans l'arracher. Il faut alors, s'il est encore vivant, employer le forceps, ou, s'il est mort, enlever le cerveau: ces opérations sont du ressort des instrumentales, & j'en parlerai ailleurs.

On doit aussi observer dans tous les Accouchemens par les pieds, d'agir avec la plus grande précaution à l'égard du cordon ombilical; c'est le premier objet qui mérite notre attention lorsque l'enfant est sorti jusqu'aux fesses, parce qu'il peut aisément se rompre ou se détacher de l'ombilic; ces deux accidens peuvent lui causer la mort: on doit le tirer vers le ventre de l'enfant, c'est-à-dire, il doit être moins tendu du côté de ce dernier, que de celui du placenta. *Voyez la fig. 8.* On le tire aussi à foi, lorsqu'il se trouve entre ses fesses, & on plie une de ses jambes pour le dégager.

Ce sont-là les regles qu'on doit suivre dans les Accouchemens par les pieds, lorsque l'enfant est tourné sur son ventre; je vais maintenant parler des autres positions qu'il peut avoir, lorsqu'il présente ces mêmes parties.

Récapitulation.

J'ai déjà fait observer que l'enfant, en se présentant par les

pieds, pouvoit, outre la position que je viens de décrire, en avoir encore trois autres, comme, par exemple, lorsque ses talons répondent soit au côté droit, soit au côté gauche du bassin, ou que ses talons & son dos regardent la partie postérieure de cette même partie.

C'est dans ces trois derniers cas, qu'on ne doit pas s'aviser de vouloir extraire l'enfant entièrement sans l'avoir premièrement tourné sur son ventre, pour empêcher dans le premier, qu'il ne s'arrête par les aisselles sur le sacrum & le pubis, & dans le second par le menton sur ce dernier. J'ai ouï dire plusieurs fois des Accoucheurs d'une très-haute réputation, qu'ils n'hésitent point d'extraire les pieds, quelque soit le côté vers lequel ils sont tournés, avant que les fesses paroissent au dehors; on me dispensera cependant d'approuver le peu de souci qu'ils témoignent à cet égard; car il peut arriver, quand on extrait les pieds pendant une forte douleur expulsive soutenue par la femme, & qu'on observe peu de ménagement, que le corps de l'enfant s'enfonce dans la capacité du petit bassin, & qu'on rencontre les plus grandes difficultés pour terminer l'Accouchement. On prévientra souvent tous ces obstacles en procédant de la manière que je vais détailler.

Seconde espèce de l'Accouchement précédent.

L'enfant présente les pieds, il est placé sur le côté droit, son ventre regarde l'os des îles droit & son dos le gauche. Voyez la Pl. XIII.

Supposons dans ce cas, qu'on ait extrait les pieds jusqu'au dessus des malléoles; on saisira de la main droite le pied droit & de la gauche le gauche, de façon, comme je l'ai dit ci-des-

sus, que les plantes posent sur les paumes des mains. On fera glisser doucement le pied droit sur le gauche, jusqu'à ce que les genoux soient sortis. *Voyez la fig. 4.* On empoignera ensuite à l'ordinaire ses cuisses au dessus des genoux, & on continuera, comme ci-devant, à mouvoir & glisser la cuisse droite sur la gauche, jusqu'à ce que la hanche ou les fesses soient dehors.

S'il arrive, en manœuvrant de la sorte, que l'enfant ne soit pas encore entièrement couché sur le ventre, on le retournera de la manière suivante : on pose les doigts alongés de la main gauche sur son ventre, & ceux de la droite sur ses fesses, & on tâche peu à peu & par gradation de le retourner, & de le placer sur son ventre. *Voyez la fig. 5.*

Dans le cas où cela ne réussit point, on extrait le bras droit. Pour cet effet, on empoigne de la main droite les deux pieds, & l'on conduit la gauche le long de son ventre & de sa poitrine jusque sous l'aisselle droite, où l'on pose le pouce. On coule les doigts sur le bras & l'avant-bras, que l'on saisit, & l'on place le pouce dans le pli du coude, pour raccourcir le bras & l'extraire, en coulant sa main le long de son visage, comme on le voit, *Pl. XI. fig. 2.*, & on la place à côté de sa cuisse, *fig. 9.* J'ai dit ci-dessus, qu'on doit dégager le bras droit avec la main droite & le gauche avec la gauche; mais comme dans ce cas-ci, l'enfant a l'aisselle plus tournée du côté droit de la mère, ce que j'ai fait à dessein; pour mieux représenter cette opération, il faut se servir de la main gauche, parce qu'on auroit de la peine à avancer la droite jusqu'au dessus de la saillie de l'os sacrum.

Si l'on est encore obligé de le retourner sur son ventre, on aura pour cet effet plus de facilité, mais cela sera souvent inu-

tile, parce qu'en extrayant l'enfant, comme on le voit, *fig. 6., Pl. X.*, il prend lui-même cette position, l'autre bras tombe sur le diamètre oblique du petit bassin & se place près du petit diamètre de la tête de l'enfant.

Troisième espèce de l'Accouchement précédent.

L'enfant présente les pieds, le dos tourné vers le sacrum de la mère & le ventre vers le pubis. Voyez la Pl. XI. fig. 3 & 4.

Le cas le plus laborieux qu'on rencontre dans les Accouchemens par les pieds, est celui, dans lequel on n'a pas eu la précaution de tourner l'enfant sur son ventre, & qu'on l'a tiré si avant dans le bassin, que son menton s'arrête contre l'os pubis. *Voyez les mêmes fig. de la même Pl.* Dans ce cas, il peut avoir franchi le passage jusqu'à son cou, mais si la tête n'est pas extrêmement petite, on l'arracheroit plutôt que de l'extraire.

Pour prévenir cet accident dans tous les Accouchemens, il faut, avant d'extraire ces parties, avoir toujours la vue sur leur position. Si les orteils sont tournés vers le devant ou vers les côtés, on doit croiser les pieds en les extrayant, comme je l'ai dit, & qu'on le voit, *fig. 4 Pl. XIII.*, je veux dire, en portant la jambe la plus éloignée du *rectum* sur l'autre. On doit faire attention à cette dernière circonstance; car il peut arriver, que la tête de l'enfant ait une autre position que celle de son corps. Si cela étoit, & que l'on croisât la jambe la plus proche du *rectum* sur l'autre, au lieu de tourner l'enfant sur le côté, on le tourneroit sur son dos, & l'on agiroit à sens contraire. Dans le cas où il est tout-à-fait étendu sur son dos, peu importe quelle jambe on croise.

Si

Si cette manœuvre ne réussit point, & que l'enfant continue de rester couché sur le dos, il ne faut l'extraire que jusqu'au ventre, je veux dire, que jusqu'au milieu de l'espace compris entre ses parties naturelles & le nombril. On pose ensuite une main avec les doigts étendus sur ses fesses & l'autre sur ses parties naturelles & sur son ventre, *voyez la Pl. XIII. fig. 5*, & on le tourne de cette manière vers le côté, où il penche le plus, sur son ventre.

Il peut aisément arriver dans cette manœuvre, qu'en retournant l'enfant, pour le placer sur son ventre, ses bras tombent derrière sa tête sur son cou, sous son menton, sur sa poitrine, sur son dos. Tous ces accidens peuvent rendre l'Accouchement par les pieds laborieux, lorsqu'on ne les dégage point, qu'on ne les place point à côté, ou qu'on ne les extrait point. Il faut donc, après avoir retourné l'enfant sur son ventre, soutenir d'une main ses pieds, introduire l'autre dans la matrice, & examiner la position de ses bras.

S'il a son bras droit, par exemple, derrière sa tête & sur son cou, on soutiendra ses pieds de la main droite, on rapprochera l'enfant de la fourchette de sa mère, & glissant la main gauche le long de ses fesses & de son dos, jusqu'à ce qu'on atteigne à son bras avec l'index, on le soulèvera avec ce dernier, & on le placera à côté de sa tête. *Voyez la Pl. XI. fig. 5.*

S'il se présente avec le bras gauche placé sous le pubis de la mère, & couché sur son dos, on soutiendra de même ses pieds de la main droite, & coulant la gauche le long de son dos, on saisira la main, on la tirera à soi, *fig. 6*, & on la placera à côté de sa cuisse, *fig. 9.*

S'il a le bras gauche sous son menton ou sur sa poitrine, on soutiendra ses pieds de la main droite, & l'on coulera les doigts de la gauche le long de son ventre & de sa poitrine jusqu'à son bras: on le saisira, plaçant le pouce dans le pli du coude & les autres doigts sur le bras & la main, que l'on dégagera en la faisant couler le long de sa poitrine & de son ventre, *fig. 7*, pour le placer à côté de sa cuisse.

S'il arrivoit, par imprudence, qu'on eût extrait l'enfant jusqu'au dessus de son ventre, il seroit également difficile & dangereux de le retourner pour le placer sur cette même partie; car à moins d'agir avec beaucoup de précaution, on courroit risque de lui fracturer ou de disloquer les cuisses ou les vertèbres, ou de lui enfoncer la poitrine, sans néanmoins le pouvoir extraire. Le plus fâcheux & le plus dangereux de tous les accidens, est, lorsqu'on a extrait l'enfant jusqu'à sa poitrine, parce qu'alors on ne peut plus le retourner. L'enfant pourroit mourir par la pression qu'éprouve sa poitrine, ou s'il venoit au monde vivant, il cracheroit du sang & ne pourroit point respirer. Si en outre on n'a point extrait les bras, & qu'on veuille le retourner, on court risque, indépendamment de ces accidens, de lui tordre & disloquer le cou.

Dans cette circonstance critique, l'on doit commencer par extraire un ou les deux bras. Lorsqu'on l'a fait, on introduit la main à plat, ou au cas qu'on ne le puisse pas, quelques doigts à côté de sa tête, pour écarter son visage des os pubis & le tourner du côté des os des îles, on retourne en même tems son corps du même côté que son visage. On introduit ensuite deux doigts dans sa bouche, *fig. 3*, on place le pouce sous son menton, & après avoir écarté son visage des os pubis, on l'amène dans la cavité du petit bassin, & l'on termine l'Accouchement.

Il est beaucoup plus aisé de raconter ce cas, que de l'exécuter. La tête de l'enfant est quelquefois tellement collée & accrochée par le menton contre les os pubis, qu'on ne peut passer aucun doigt entre-deux : on doit cependant tout tenter, & ne point abandonner la mère & l'enfant, jusqu'à ce qu'on ait mis en œuvre, tout ce que la raison & le bon génie peuvent inspirer en pareil cas ; par exemple, on introduit un doigt par-dessus la joue dans la bouche de l'enfant, *fig. 4*, avec lequel on tire ou l'on repousse son visage de côté. Le moindre obstacle surmonté suffit quelquefois, pour terminer heureusement l'Accouchement. C'est encore dans cette occasion-ci, qu'une Sage-femme court risque de perdre sa réputation, lorsqu'après plusieurs tentatives inutiles, quelqu'une de ses camarades le termine avec le plus léger secours.

II. ACCOUCHEMENT.

L'enfant présente les fesses au passage, le dos tourné en avant & le ventre en arrière, les jambes pliées sur celui-ci, & le cordon, sur lequel il y a un nœud entortillé autour de son cou, de son bras & de son corps. Voyez la Pl. XII.

L'Accouchement dans lequel l'enfant présente les fesses, est si ordinaire parmi ceux contre-nature, que plusieurs célèbres Accoucheurs doutent s'ils doivent le mettre au nombre de ces derniers ou non. On appelle Accouchement naturel, celui, que la nature seule termine sans le secours de l'art & sans aucun accident fâcheux, ni pour la mère, ni pour son enfant. Le moindre obstacle que la nature rencontre dans l'Accouchement, l'empêche de satisfaire à ces conditions, elle a besoin du secours

de l'art, & lorsque celui-ci lui manque, la mère & l'enfant courent risque de perdre la vie.

Le cas, dans lequel l'enfant vient au monde le corps en double, est si fréquent, qu'on en compte un sur 50, & que sur 50 il y en a à peine deux, qui exigent plus de secours que ceux, dans lesquels l'enfant présente la tête. On peut donc, au cas qu'on ne regarde point cet Accouchement comme un Accouchement naturel, le diviser comme ceux par la tête, en facile & laborieux.

Pour que la Sage-femme ne dénature point l'Accouchement aussi avantageux pour la mère & son enfant, dont la bonne ou mauvaise issue dépend uniquement & entièrement de la connoissance de la position & de la grandeur de l'enfant, & des parties, par lesquelles il doit passer, elle ne doit point en étudier la pratique superficiellement, mais avec toute l'attention possible. La principale chose, à laquelle elle doit s'attacher, est de distinguer au toucher ses fesses de sa tête, parce que les apparences de la poche qui renferme les eaux, & la partie qu'elle cache, se ressemblent si fort, que les personnes les plus expérimentées peuvent quelquefois s'y tromper. Je connois, entre plusieurs autres que je pourrois citer, un Accoucheur très-renommé, qui s'étant imaginé, qu'une tête étoit enclavée, s'efforça long-tems & inutilement de dégager les fesses avec le forceps, & qui ne convient de sa bétise, qu'après qu'on eût fait venir un autre Accoucheur.

On distingue la tête de l'enfant de ses fesses :

1. Aux cheveux après que les eaux ont percé, à sa rotondité & à sa dureté osseuse.

2.º Aux futures membraneuses qui se croisent sur la tête, & à la fontanelle, qui est au-dessus de l'os frontal.

On distingue ses fesses de la tête:

1.º A leur grosseur, à leur largeur, à leur rotondité & à la distension de la poche qui contient les eaux, laquelle est beaucoup plus grosse que celle qui paroît, lorsque l'enfant présente la tête.

2.º On sent encore au travers de cette poche un gros corps rond, qui cède plus aisément au toucher que la tête: on n'y sent ni fontanelle, ni future, ni aucune inégalité formée par les bords des os du crâne, comme à cette dernière partie.

3.º Comme la pression que le bas-ventre de l'enfant éprouve, fait sortir le méconium, les eaux, lorsqu'elles viennent à percer, sont verdâtres & n'ont presque aucune odeur. Il est vrai que le méconium peut également sortir, lorsque la tête se présente; mais comme dans ce cas-ci, les eaux ont percé, il est aisé de sentir les cheveux de l'enfant.

4.º Lorsqu'on retire le doigt qu'on a introduit, on le trouve couvert de cette matière noirâtre.

5.º On sent d'un côté, savoir, sous les os pubis de la mère, l'ouverture de l'anus, & au-dessus de celui-ci le coccx ou le croupion, & de l'autre côté les parties génitales.

6.º Dans le cas, où faute d'attention, on ne peut atteindre à l'anus de l'enfant ni à ses parties naturelles, qu'il faut toucher avec beaucoup de circonspection, on sent la rainure que forment les fesses en se rapprochant.

Après s'être assuré que l'enfant présente cette partie, il faut encore examiner, si elle est grosse ou petite, si sa position est naturelle ou contre-nature, oblique ou non.

Sa position est naturelle, lorsque le dos de l'enfant est tourné du côté des os pubis de la mère, & son ventre du côté du sacrum. *Voyez la fig. 1.* Elle est contre-nature, lorsque son ventre & son dos ont une situation opposée, *fig. 2*, ou qu'il a le dos tourné vers l'un des os des îles.

On connoît si leur position est naturelle ou contre-nature, en touchant l'orifice de l'anüs & le creux qui est entre les fesses. L'un & l'autre sont du côté, vers lequel l'enfant a le dos tourné; le ventre est du côté opposé.

Lorsque les fesses de l'enfant ne sont ni trop grosses, ni obliquement situées; que le bassin est large & bien conformé; que la femme est forte & les douleurs expulsives, on peut abandonner cet Accouchement à la nature; celle-ci le termine aussi-bien, que celui dans lequel un gros enfant présente la tête dans une position naturelle. La femme ne peut accoucher sur une chaise, il vaut mieux qu'elle se place au travers de son lit, de même que dans l'Accouchement par les pieds; car, après que les fesses sont sorties, l'on doit souvent extraire les pieds, retourner l'enfant & dégager ses bras; ce qu'on ne peut pas faire aussi commodément sur une chaise. *Voyez la Pl. VII. fig. 2.*

Lorsqu'on est assuré de cette position, on ne doit point percer la poche qui contient les eaux, à moins que les membranes ne soient trop épaisses & trop coriaces, ainsi que je l'ai dit, lorsque l'enfant présente la tête, & cela pour les mêmes raisons que j'ai alléguées.

Lorsque l'enfant présente les fesses au passage dans la bonne position, & qu'elles se trouvent entre les grandes lèvres, il faut bien soutenir le perinée & le pousser en arrière, pour empêcher qu'il ne se déchire. Il faut ensuite introduire les deux index, les placer en forme de crochets dans ses aines, en appuyant les deux pouces sur ses hanches, ainsi qu'on le voit, *fig. 4*, & les tirer à soi, pendant que la femme fait valoir ses douleurs, au moyen de quoi, les jambes qu'il tient pliées sur le ventre, sortiront. L'enfant étant sorti jusqu'au dessus des fesses, les jambes pendantes, l'Accoucheur n'a qu'à se rappeler les circonstances dont j'ai parlé, en traitant de l'Accouchement par les pieds. *Voyez la Pl. X. fig. 5. 6. 7. & 8.*

Quelques Praticiens veulent que l'on commence par extraire les pieds, & qu'on ne les laisse par sortir d'eux-mêmes, ce qui est une mauvaise méthode; car outre qu'elle expose la femme à un déchirement, les jambes de l'enfant peuvent facilement se casser, par la violence qu'on emploie sur elles. Cette manœuvre n'est pas absolument nécessaire dans ce cas-ci, non-seulement dans sa position naturelle, c'est-à-dire, lorsque le dos répond au pubis, mais aussi dans les autres situations, parce qu'on a le tems de lever les obstacles qui peuvent se présenter, après que les fesses sont sorties.

J'ai détaillé jusqu'ici toutes les circonstances, dans lesquelles un enfant peut venir au monde, le corps plié en double, sans le secours de l'art; mais on ne doit pas s'imaginer qu'elles soient toujours si avantageuses, & qu'on puisse à chaque fois terminer l'Accouchement avec la même promptitude; car il y a encore des cas, dans lesquels il ne peut naître avec le corps plié en double. La Sage-femme doit avant toutes choses s'enquérir de la grosseur de ses fesses. Lorsque

le ventre de la femme n'est point affaîlé, que l'orifice de la matrice ne se dilate que très-lentement, que la poche formée par les eaux a une surface plate, que les fesses remplissent entièrement & par-tout le détroit supérieur du petit bassin, que les douleurs ne les font point avancer, il n'y a pas lieu de douter, qu'elles sont trop grosses & le bassin trop étroit, & l'on doit, sans différer, terminer l'Accouchement avec le secours de l'art; car si l'on abandonne celui-ci tout-à-fait à la nature, les douleurs pourront bien, à la vérité, faire avancer peu à peu les fesses dans la cavité du petit bassin, mais elles s'y enclaveront inmanquablement; ce qui occasionnera un Accouchement très-laborieux, qui peut durer pendant plusieurs jours. La longueur du travail épuîsera les forces de la femme, ses parties se distendront au point, qu'elles seront froissées & sujettes à une inflammation, & après que les fesses seront sorties avec beaucoup de peine, la fourchette & le périnée se trouveront déchirés. Après que l'Accouchement sera terminé, il surviendra une inflammation aux parties naturelles, même la gangrène & plusieurs autres accidens très-fâcheux. L'enfant sera exposé au plus grand danger; les fesses qui sont fort charnues, & qui, avec les jambes pliées sur le ventre, sont plus grosses que la tête, sont considérablement comprimées & enclavées dans l'entrée du petit bassin; ce qui est cause qu'elles s'enflent de plus en plus: le cordon ombilical se trouve aussi pressé & serré, & l'enfant meurt, & au cas qu'il naisse vivant, on le trouve dans l'état le plus pitoyable, à cause que ses fesses, son fondement, une partie de son dos & de son ventre, & chez les enfans mâles les parties naturelles sont froissées & sujettes à la gangrène.

La femme se trouve encore dans un état plus fâcheux, lorsque les fesses de son enfant étant entrées dans la capacité
du

du petit bassin, y restent enclavées, & qu'il faut les dégager avec des instrumens, & encore n'opèrent-ils qu'après plusieurs tentatives aussi longues que pénibles, ainsi que je le dirai ailleurs.

Lorsqu'on prévoit tous ces accidens funestes, & que l'Accouchement ne paroît pas vouloir se terminer heureusement, il ne faut ni temporiser, ni trop s'en rapporter à la nature, puisqu'elle apporteroit plus de préjudice que d'avantage, en faisant avancer les fesses trop avant dans le passage; mais on doit au contraire rompre les membranes, si elles ne le font pas, quand l'orifice de la matrice est suffisamment dilaté, & ne point trop laisser avancer l'enfant, afin qu'on puisse terminer l'Accouchement de la manière suivante. *Voyez les fig. 3. & 5. de la même Planche.*

On introduit les doigts, peu importe de quelle main, par exemple, ceux de la droite, le dos tourné en arrière, jusqu'aux fesses de l'enfant, en prenant garde, si c'est une fille, de ne point les introduire dans la vulve. On les leve un peu, mais cependant autant qu'il le faut, pour placer l'enfant avec une partie de ses fesses sur l'os pubis de sa mère. *Voyez la fig. 3.* Dans le cas où l'on veut alors extraire les deux pieds ensemble, il faut, si cela est avantageux, couler en descendant les doigts le long des cuisses, des genoux & des jambes jusqu'aux pieds, placer le pouce sous le jarret ou dans les plis des genoux, relever les jambes, rapprocher avec le pouce les genoux du ventre, & extraire les pieds de l'entrée du petit bassin, jusqu'à ce qu'ils soient fortis.

Lorsqu'on ne veut extraire qu'un pied à la fois, ce qui est ordinairement le plus facile, on introduit les doigts de la main qui a soulevé les fesses, par exemple, de la gauche, en les avan-

çant entre les fesses jusqu'au genou & au-dessus de la jambe droite, on place le pouce sous le pli du genou, & l'on s'en sert pour le rapprocher du ventre, & conduisant le pied le long de la symphyse sacro-iliaque, on le tire dehors. *Voyez la fig. 5.* Cette jambe droite sert de guide pour la main droite, pour chercher le pied gauche de l'enfant, & l'extraire de la même manière, comme on le voit, *Pl. XIII. fig. 3.* On se conduit pour le reste de même que dans l'Accouchement par les pieds.

III. ACCOUCHEMENT.

L'enfant présente les fesses, le visage & le ventre tournés vers les os pubis de sa mère. Voyez la Pl. XII. fig. 2.

Lorsque les fesses de l'enfant tombent tellement dans le bassin, que son dos occupe la cavité de l'os sacrum de sa mère, ses parties regardent alors le pubis; on découvre la rainure des fesses vers le haut, & l'enfant est situé contre-nature.

Lorsque les circonstances sont les mêmes que celles dont j'ai parlé, en traitant de la position naturelle, je veux dire, lorsque l'enfant n'est point trop gros, ni la mère mal-conformée, on peut abandonner cet Accouchement à la nature, supposé qu'elle soit en état d'agir, jusqu'à ce que les fesses soient forties.

On saisit alors l'enfant, les deux pouces placés sur ses cuisses & les doigts sur son derrière, on le tourne peu à peu & par gradation sur le côté, & delà sur son ventre, mais sans lui faire violence, & sans dégager ses jambes, pour lesquelles on ne doit pas être si fort en peine.

Au cas que cette manœuvre ne réussisse point, ce qui arrive

communément, à cause du peu de prise que le siège donne, on laissera avancer l'enfant, jusqu'à ce que ses pieds soient fortis ; la Sage-femme aura soin, en attendant, de soutenir le périnée, de crainte qu'il ne se déchire, de même que l'enfant, pour empêcher qu'il ne sorte trop en avant, & pour qu'on puisse facilement le retourner après sur son ventre. J'ai enseigné cette manœuvre dans l'endroit où je traite des Accouchemens par les pieds. *Voyez la Pl. XIII. fig. 5.*

Au cas que la Sage-femme soit en peine, s'imaginant que l'enfant est trop gros, la femme mal-conformée, épuisée & attaquée de convulsions, d'une perte de sang, &c. ; si le cordon ombilical fort, ce qui arrive assez souvent dans ces fortes d'Accouchemens, & qu'il se trouve pressé entre les fesses de l'enfant, ou entre ce dernier & le bassin de sa mère ; ce qui met la vie du premier en danger, il vaut mieux, ainsi qu'on le pratique dans la position naturelle, extraire les pieds tandis qu'on le peut, & terminer l'Accouchement, ainsi que j'ai enseigné à le faire, en parlant de ceux par les pieds, que d'exposer la mère & l'enfant à un péril imminent, malgré l'heureux succès qu'on espère, lorsque l'enfant avance naturellement, parce que par ce dernier moyen le passage s'ouvre, & qu'on a plus de facilité à le retourner.

L'orifice de la matrice se trouvant suffisamment ouvert, on perce les membranes (je ne dis rien ici de la position de la mère, parce que j'en ai déjà parlé) au cas qu'elles ne le soient point, & l'on introduit les doigts, n'importe de quelle main, le dos tourné de cette dernière en arrière, jusqu'au siège de l'enfant, que l'on souleve un peu pour le placer sur la saillie de l'os sacrum. *Voyez la fig. 3 de la Pl. XII.*, où la position de l'enfant est à sens contraire. On coule les doigts le

long des cuisses & des genoux jusqu'aux jambes, & l'on glisse le pouce par-dessous les fesses, jusque sous le pli du genou. On plie les jambes, en rapprochant les genoux du ventre, comme on le voit, *fig. 5*, & on les tire dehors; après quoi, on se conduit pour le reste, de même que dans l'Accouchement par les pieds.

Lorsque le siège de l'enfant descend obliquement dans le détroit supérieur du petit bassin, il ne présente qu'une des fesses; celle-ci peut avoir telle situation qu'on veut, être grosse ou petite, il fera de la prudence de ne point la laisser avancer dans le petit bassin, pour extraire l'enfant en double, mais de chercher, sans hésiter, les pieds & les extraire: si cependant les fesses, ayant l'obliquité que je viens de dire, sont tellement engagées dans la capacité du petit bassin, qu'on ne puisse, après avoir entraîné un pied, entraîner aussi l'autre, il faut dans ce cas-ci s'efforcer d'entraîner la fesse qui est comprimée contre le ventre de l'enfant avec le doigt index recourbé en manière de crochet sur le pli de l'aîne, pendant qu'on tire de l'autre main le pied qui est sorti.

I V. A C C O U C H E M E N T.

L'enfant présente les fesses, le dos tourné vers l'os des îles droit de la mère, le ventre & le visage vers le gauche. Voyez la Pl. XIII. qui peut servir pour ce cas-ci.

On connoît cette position, comme ci-dessus, par les parties naturelles & l'anus. Quelques-uns s'en inquiètent, s'imaginant que lorsqu'on laisse l'enfant s'engager dans la cavité du petit bassin, le corps plié en double, il pourroit facilement s'arrêter avec les

aisselles sur la saillie de l'os sacrum & le pubis de la mère, en quoi ils se trompent, parce qu'on a le tems de retourner l'enfant sur son ventre, comme on le voit, *fig. 5*, après que les fesses sont sorties.

Si l'enfant, ainsi qu'on l'a vu dans le cas précédent, a le derrière fort gros, & que l'on craigne, à cause de quelques circonstances particulières, qu'il soit arrêté au passage & qu'il s'y enclave, on doit promptement extraire les pieds, avant que son derrière descend dans cette cavité.

Pour cet effet, on introduit la main dans le vagin & delà dans la matrice, & l'on pousse avec les doigts étendus, le derrière de l'enfant sur l'os des îles droit de la mère. On coule ensuite les doigts, leur dos tourné en avant, sur la fesse droite, par conséquent sur les deux genoux jusqu'aux pieds, & plaçant le pouce sous les jarrets, on rapproche les genoux du ventre, & l'on amène les pieds jusqu'au dessus des genoux dans la cavité du petit bassin; ce qui n'est pas difficile, puisqu'on agit selon la direction du grand diamètre du détroit supérieur du petit bassin. On ne sauroit cependant continuer de tirer les jambes perpendiculairement, parce que l'enfant ayant la tête appuyée sur l'os des îles gauche & ses fesses sur le droit, forme un triangle, & on lui arracheroit plutôt les jambes, que de l'extraire dans cette position. On doit en le tirant, pousser avec le pouce les genoux du côté de l'os des îles gauche, pour écarter ou faire glisser son derrière du droit, au moyen de quoi, on extraira facilement les pieds.

Si cependant le trop gros siège de l'enfant s'est déjà engagé dans la capacité du petit bassin, & qu'on n'ose le soulever, de crainte de déchirer la matrice, on se conduira, comme je l'ai dit en parlant de l'Accouchement laborieux parla tête, pag. 246.

La femme doit faire valoir lentement, mais cependant convenablement ses douleurs; on la saignera, si elle est d'un tempérament sanguin, pour prévenir l'inflammation, & on doit même réitérer la saignée selon les circonstances. Comme la vie de l'enfant est en danger, de même que dans tous les autres Accouchemens contre-nature, on l'ondoyera & l'on patientera jusqu'à ce que ses fesses s'avancent de plus en plus & soient sorties. Si les douleurs se ralentissent, à cause de la longueur du travail, & si la femme se trouve considérablement affoiblie, on lui donnera des cordiaux, & on injectera dans son vagin sec & tuméfié, une décoction de racine de guimauve, de pépin de coin & d'huile.

Si les douleurs recommencent, si la femme reprend ses forces, s'il ne survient aucun accident fâcheux, si les fesses de l'enfant avancent peu à peu, on a lieu d'espérer que l'Accouchement se terminera, malgré que la nature aura souvent besoin de deux ou trois jours; mais l'enfant viendra pour l'ordinaire mort au monde, quelques précautions qu'on puisse avoir prises, le périnée se trouvera déchiré. Après que les fesses seront sorties, on se conduira comme je l'ai dit ci-dessus.

Si cependant le siège de l'enfant est si gros & si fort enclavé dans le petit bassin, qu'il y reste immobile, & que les douleurs, même les plus fortes & les plus expulsives, ne puissent le faire avancer, on doit s'attendre à un Accouchement non-seulement très-laborieux, mais encore très-dangereux. Lorsque l'enfant est mort, & que ses fesses se ramollissent & s'affaissent, la Sage-femme peut essayer d'entraîner ces dernières avec le doigt index de l'une ou de l'autre main, recourbé en manière de crochet, sur le pli des aînes, & profiter du tems que la femme fait valoir ses douleurs, pour les faire avancer si avant, qu'elle puisse

se servir de ses deux index, comme on le voit, *fig. 4. Pl. XII.*, pour l'extraire entièrement.

Au cas que toutes ces tentatives soient infructueuses, elle agira avec prudence, si elle demande un Accoucheur à tems, & il trouvera encore assez de besogne avant de pouvoir terminer l'Accouchement avec ses instrumens. J'en parlerai plus au long à l'article de l'Accouchement instrumental.

V. ACCOUCHEMENT.

L'enfant présente la jambe droite, le derrière repose sur l'os des îles gauche & sa tête sur celui des îles droit, le ventre en bas, la jambe gauche pliée sur cette dernière partie & le cordon entortillé autour d'une de ses cuisses. Voyez la Pl. XIII. fig. 1.

Les signes qui font connoître que l'enfant présente le pied au passage, soit que les eaux aient percé ou non, sont les mêmes que ceux dont j'ai parlé en traitant de l'Accouchement par les pieds: j'ajouterai seulement comment on doit s'y prendre pour distinguer les pieds, & ne pas les confondre.

On distingue les pieds par le moyen des orteils: ceux du pied droit vont en diminuant du côté droit, & ceux du gauche, du côté gauche, de sorte que l'un des gros orteils fait face à l'autre, & les petits sont placés en dehors. Les pieds sont creux en dedans & arrondis en dehors; leur partie supérieure est plus élevée en dedans qu'en dehors; l'inférieure ou la plante du pied, plus creusée en dedans qu'en dehors. La cheville interne est placée plus haut, elle est plus grosse & plus plate que l'ex-

terne. Lorsque l'on s'est formé une bonne idée de la conformation du pied, il est aisé, en les touchant, de les distinguer.

L'avantage qu'on tire de cette distinction consiste, en ce qu'après avoir trouvé l'un des pieds, on fait l'endroit où l'autre est placé, & de quelle main l'on doit se servir pour le chercher & le saisir.

Lorsque l'enfant ne présente qu'un pied au passage, on ne doit point le tirer avec violence, ni totalement dehors, on pourroit facilement endommager ses articulations, & on arracheroit quelquefois plutôt la jambe, que d'extraire le corps avec celle-ci; il est vrai, qu'il faudroit des circonstances particulières, pour que ce dernier accident arrivât.

Le plus prudent dans ce cas-ci, comme la figure le montre, est de saisir de la main gauche le pied droit: voyez la Pl. X. fig 2; de couler les doigts de la droite le long de la face interne de la jambe & de la cuisse jusqu'aux parties génitales, & delà jusqu'à l'aîne gauche; de descendre ensuite jusqu'à la jambe, de placer le pouce sous le pli du genou, d'empoigner la jambe & le pied, de rapprocher le genou du ventre, de joindre les deux pieds, & de les extraire tous les deux ensemble. Voyez la fig. 3. de cette Pl., & la fig. 3. de la Pl. X.

Après avoir extrait les deux pieds, l'enfant se trouve couché sur le côté; on ne doit point l'extraire dans cette position, à cause des obstacles que les aisselles pourroient rencontrer sur l'os pubis & la saillie du sacrum. Pour prévenir cet accident, on saisit un pied de chaque main, & l'on tient les jambes croisées l'une sur l'autre, jusqu'à ce que les hanches soient sorties. Voyez la fig. 4. Si l'enfant n'est pas encore placé sur son ventre, on pose la main gauche, les doigts étendus sur ce dernier, & la droite

droite sur les fesses, on retourne l'enfant peu à peu, & on le place sur son ventre. *Voyez la fig. 5.* J'ai enseigné au long ces manœuvres, pag. 305, & j'y renvoie le Lecteur.

Lorsqu'une des jambes de l'enfant est tellement sortie, soit par la violence des douleurs, soit par la mal-adresse de la Sage-femme, qu'on ne peut atteindre à l'autre pied, à cause que le bassin est trop étroit & la partie enflée, on doit un peu soulever les fesses, chercher le pied, qui est peut-être plié sur son dos, l'amener à côté du premier, & les extraire tous les deux ensemble.

Au cas que la violence des douleurs ou les efforts que fait la femme, empêchent de soulever les fesses & de trouver l'autre pied, qui est placé sur le ventre, la poitrine ou l'épaule de l'enfant, *voyez la fig. 1*, & qu'on ne puisse l'extraire, on formera avec un doigt ou deux un crochet, avec lequel on le saisira par l'aîne, pendant que l'on tire l'autre pied qui est sorti, & de cette manière on tirera peu à peu avec les deux mains ensemble, pendant que la femme fait valoir ses douleurs, & en observant les autres circonstances, on terminera l'Accouchement.

Il arrive quelquefois, qu'une jambe est plus courte que l'autre, & qu'on ne peut l'extraire aisément, à cause que le cordon s'est entortillé autour, *voyez la fig. 1. a a*; il faut bien se garder, dans ce cas-ci, d'extraire l'enfant avec violence, de peur de détacher le cordon du nombril, ou d'arracher le placenta, ce qui causeroit la mort à l'enfant. Il faut plier la jambe pour la raccourcir & y passer le cordon.

Si ce dernier est entortillé autour du cou de l'enfant, ce que l'on connoitra aux signes que j'ai indiqués dans l'endroit où je traite des défauts de cette partie, *voyez la pag. 265*; on ne

doit point s'efforcer d'extraire l'enfant, de crainte de l'étrangler, d'arracher le placenta ou d'amener la matrice, mais attendre qu'il soit sorti jusqu'au ventre, après quoi on examinera quelle est la partie du cordon, qui suit le plus aisément, & la tirer vers soi. *Voyez la Pl. XI. fig. 8.* Mais il est rare qu'on avance par ce moyen, il est pour l'ordinaire impossible de le tirer dans ce cas-ci vers soi: le mieux est, en pareille occurrence, de faire une ligature au cordon près du nombril, & même une seconde, s'il est possible, de le couper entre-deux avec des ciseaux & d'extraire ensuite l'enfant. Lorsque ce dernier sort aisément & promptement, il ne peut lui arriver aucun mal, & d'ailleurs ce cas est extrêmement rare.

VI. ACCOUCHEMENT.

L'enfant présente le bras droit au passage, la tête appuyée sur l'os des îles droit & ses fesses sur le gauche; le dos en avant & le ventre en arrière, les deux jambes pliées sur ce dernier. Voyez la Pl. XIV. fig. 1.

L'Accouchement dans lequel l'enfant présente un bras, est un des plus ordinaires parmi ceux contre-nature, comme cela paroît par la Table que j'ai jointe à l'Introduction de cet Ouvrage, pag. 5, savoir, deux sur trois plus qu'avec les pieds, & quoique cet Accouchement puisse se terminer heureusement, lorsqu'on fait retourner l'enfant, l'on peut cependant rencontrer de grandes difficultés, lorsqu'on ne le fait pas dans le tems convenable.

Un enfant qui se présente de cette manière, peut avoir huit positions différentes, quatre avec le bras droit & autant avec le gauche.

J'ai enseigné dans le Chapitre de l'Accouchement par les pieds, la manière dont on doit s'y prendre pour les distinguer des mains, & je vais indiquer ici les signes auxquels on peut connoître, si c'est la main droite ou la gauche que l'enfant présente au passage dans le tems de l'Accouchement. Pour cet effet, il suffit de connoître par le moyen du toucher, le côté vers lequel le pouce, le petit doigt, le dos & la paume de la main sont tournés, & l'on fait à l'instant, si c'est le bras droit ou le gauche qui se présente. On peut aussi connoître la situation du corps de l'enfant par la seule position du bras, lorsqu'il n'est pas tordu. Pour mieux s'en assurer, on n'a qu'à tourner un peu le bras, & s'il reprend tout de suite sa première position, c'est un signe qu'elle est naturelle, & qu'il n'est point tordu.

Avant que les membranes soient ouvertes, on ne sauroit pas bien distinguer la main du pied; mais en examinant la forme de la poche & celle de la partie qui est dedans, on connoît à l'instant, aux signes dont j'ai parlé ci-dessus, si c'est une de ces deux parties qui se présente.

Comme cette position n'est point naturelle, & qu'on est par conséquent obligé d'extraire l'enfant par les pieds, on doit dans le tems convenable, c'est-à-dire, lorsque l'orifice de la matrice est assez ouvert, pour pouvoir y introduire la main, percer les enveloppes & examiner si l'enfant présente le pied ou le bras. Si c'est ce dernier, qui est la partie dont il s'agit ici, on examinera si c'est le droit ou le gauche; ce que l'on reconnoîtra, comme je l'ai dit, à la position des pouces & des autres doigts.

Ce cas peut être encore très-différent, savoir, ou la main ne s'est engagée que dans l'orifice de la matrice ou le vagin,

ou est déjà sortie jusqu'à l'aisselle, ou si loin, qu'une partie de la poitrine est engagée au passage; on peut conséquemment diviser la saillie du bras de l'enfant en trois degrés. Il peut encore être enflé, ou dans son état naturel. On doit bien réfléchir sur toutes ces circonstances, avant de mettre la main à l'œuvre, parce qu'elles demandent chacune une opération particulière.

Dans le premier cas ou degré, on laisse le bras de l'enfant, par exemple, le droit dans le vagin, & l'on coule la main droite le long & en dedans de la main, du bras & de l'aisselle jusqu'à la poitrine, & delà sur les côtes & le ventre jusqu'aux aînes; on coule delà les doigts sur les parties naturelles, les cuisses, les genoux & les jambes, jusqu'aux pieds, & posant le pouce sous les jarrets, on empoigne les deux jambes & rapprochant les genoux du ventre, on extrait les pieds de manière, qu'ils passent la symphise sacro-iliaque, je veux dire, le long du diamètre oblique du petit bassin, & sous l'aisselle, s'ils sont placés de ce côté & attendant à la hanche, lorsqu'ils aboutissent à cette partie.

C'est dans ce cas-ci, que les Sages-femmes commettent souvent une faute de très-grande conséquence, qui est cause, qu'on ne peut plus tourner l'enfant qu'avec la plus grande peine, au lieu qu'on auroit pu dans le commencement le faire avec la plus grande facilité. Les unes, avant d'être bien assurées de leur fait, saisissent la première partie de l'enfant, qui se présente au passage, & croyant avoir le pied, tirent le bras dehors. Les autres, quoiqu'elles voient & sentent que c'est ce dernier, le tirent avec violence hors du vagin, & font les mêmes tentatives, que si elles vouloient extraire l'enfant, sans réfléchir, que lorsqu'il est à terme &

extrêmement gros, on lui arracheroit plutôt le bras que d'en venir à bout de cette manière. Elles ne peuvent s'imaginer que la chose est impossible, & qu'après avoir extrait l'enfant jusqu'aux aisselles, elles interrompent l'Accouchement au point, que l'Accoucheur le plus expérimenté, ne peut l'améliorer, sans mutiler l'enfant. Quelques-unes, quoique persuadées, qu'on ne peut extraire ce dernier par le bras, s'imaginent que pour hâter l'Accouchement, il faut faire rentrer cette partie dans la matrice, ce qui est impossible; car, quand même on en viendrait à bout, chaque nouvel accès de douleur le feroit sortir de nouveau. On ne sauroit concevoir les malheurs que peuvent occasionner ces sortes de méprises; car, outre qu'on perd le tems & que toutes les eaux s'écoulent, non-seulement les parties, par lesquelles l'enfant doit sortir, s'enflent, mais encore son bras, à quoi j'ajouterai, que tombant, soit par les tiraillemens qu'il éprouve, soit par les fortes douleurs expulsives, tout à coup sur son aisselle & sur son épaule dans le petit bassin comme en peloton, on a les plus grands obstacles à surmonter pour le tourner.

Lorsque le bras sort au second degré avec l'épaule hors de l'orifice de la matrice, comme on le voit par la *fig. 1*, on ne peut plus si facilement couler la main le long de la poitrine, lors sur-tout que les eaux sont entièrement écoulées. Dans ce cas-ci, supposé que le bras droit de l'enfant soit sorti, on le saisit de la main gauche, comme on le voit par la *fig. 2*, & on coule les doigts de la droite le long de son bras, jusque sous l'aisselle. Si l'on voit qu'on ne puisse pas bien couler la main à côté de sa poitrine, parce qu'elle est trop enfoncée, on tâchera de la lever un peu & de la pousser du côté de l'os des fies où sa tête est placée, en appuyant très-bien son coude sur son genou, au moyen de quoi on aura assez de place pour porter la

main sur sa poitrine, ainsi que je l'ai dit ci-dessus. *Voyez la fig. 3.*

La plus grande difficulté que l'on rencontre, lorsqu'on veut retourner l'enfant, est, lorsqu'une Sage-femme imprudente ayant tiré le bras mal-à-propos, ou que les douleurs s'étant trouvées trop fortes, une grande partie de la poitrine de l'enfant s'est engagée dans la cavité du petit bassin.

Lorsque cet accident arrive, & qu'il reste encore une quantité suffisante d'eau dans la matrice, on peut, comme ci-dessus, en soulevant un peu la poitrine, trouver ses pieds, les saisir & terminer l'Accouchement; mais lorsque les eaux sont entièrement écoulées, & que la matrice s'est resserrée sur le corps de l'enfant, on ne sauroit soulever sa poitrine, ni par conséquent atteindre à ses pieds. On observera, que lorsque dans ce cas-ci la poitrine ne se laisse pas soulever par un effort médiocre, on ne doit pas agir avec violence, car on risqueroit, ainsi que je l'ai dit ci-dessus, de déchirer la matrice ou de l'arracher du vagin. Le plus prudent, en pareil cas, est de chercher l'autre bras & de l'extraire de façon, qu'ils se présentent tous les deux au passage. La poitrine, à l'aide de ce manuel, avance quelquefois dans la cavité de la matrice, pour pouvoir y atteindre les pieds de l'enfant, lorsqu'ils sont placés sur cette partie ou sur son ventre; on peut du moins alors amener un pied dans l'orifice de la matrice, & y appliquer un lac, comme on le voit, *Pl. XV. fig. 4.* On souleve ensuite d'une main la poitrine, & l'on tire en même tems le pied avec le lac, *voyez la fig. 5*, où l'on voit qu'on soutient d'une main la tête de l'enfant, pendant qu'on extrait le pied de l'autre. Comme la cavité de la matrice se trouve plus spacieuse, après que le pied est sorti, on pourra plus aisément soulever la poitrine, & saisir l'autre pied.

Lorsque le bras, qui est forti, se trouve serré par l'orifice de la matrice ou le constricteur de la vulve au point de s'enfler, de grossir & de boucher le passage, on doit donner de l'opium à la femme, fomentier le bras de l'enfant & les parties de sa mère, pour prévenir tout accident, jusqu'à ce que la contraction ait cessé & qu'on puisse introduire la main dans ce viscère.

Lorsque la contraction spasmodique & le resserrement sur le bras de l'enfant continuent, & que le bras s'enfle, devient bleuâtre, noir & gangrené, on ne doit point l'arracher en le tordant dans son articulation avec l'omoplate; cette méthode est très-désapprouvée; car, outre que l'enfant peut vivre, quoique son bras soit gangrené, on ne pourroit point se frayer un passage pour l'introduction de la main, parce que la contraction de la matrice sur l'enfant, est toujours la même; il vaut mieux faire quelques légères scarifications dans les tégumens du bras, il en sortira un sang épais & figé, cette partie diminuera & l'ouverture se trouvera peut-être assez grande, pour pouvoir à côté du bras, introduire la main dans la matrice.

Avant de scarifier les tégumens, on pliera le bras de l'enfant, & on le levera en le soutenant par le coude, non à dessein de le repousser, mais pour dilater peu à peu le vagin & l'orifice de la matrice.

Si le bras reste toujours fort enflé, si la Sage-femme prévoit que tous ses efforts sont inutiles, & qu'il lui soit absolument impossible de pouvoir introduire la main dans la matrice, elle ne doit pas encore se hâter d'arracher le bras, mais encore temporiser un peu, car il peut arriver, que la gangrène s'en empare, qu'il se flétrisse & que son volume

diminue; dans ce cas elle pourra introduire la main pour extraire l'autre bras & peut-être, sans cette extraction, arriver à l'un ou aux deux pieds. Elle doit uniquement s'occuper de la femme en travail, & si celle-ci est en bon état, elle ne doit point si fort s'inquiéter de ce délai.

Il s'ensuit de ce qui précède, qu'il est très-rarement nécessaire d'arracher le bras, si ce n'est dans une nécessité absolue, lorsqu'on voit, qu'après toutes les tentatives, on mettroit par le long délai, la vie de la femme en danger; dans ce cas, la nécessité n'a point de loi, car autrement il n'est jamais permis de précipiter la chose, ni d'ôter la vie à l'enfant par un moyen aussi cruel.

Pour faire cette opération, on saisit le bras par le coude & on le tord jusqu'à ce que la peau de l'aisselle se déchire; on enfonce ensuite l'index dans cette ouverture pour lacérer le reste de la chair, séparer la clavicule & l'omoplate, & le bras de son articulation, en le tordant sans discontinuer. Après que le bras est sorti, la poitrine s'affaisse & l'on a autant de place qu'il en faut, pour introduire la main dans la matrice pour chercher le pied, y attacher un lac & extraire l'enfant. Je ne me suis jamais trouvé, graces à Dieu, dans le cas de pratiquer cette cruelle opération, & ce n'est qu'avec horreur que j'indique la manière de la faire. Une Sage-femme à 4 lieues d'ici l'a pratiqué depuis peu, cependant (si l'on peut ajouter foi au rapport du Médecin, homme très-respectable) sans nécessité absolue, & l'enfant est, contre toute attente, actuellement convalescent.

Lorsqu'après avoir détaché le bras de l'omoplate, la poitrine reste encore enclavée, on tâche de retourner l'enfant encore plus sur le côté, & lorsqu'on ne peut parvenir à le faire,
ni

ni saisir ses pieds , on enleve les viscères contenus dans la poitrine; ce qui est une opération du ressort de la Chirurgie, dont je parlerai dans un article particulier.

L'enfant peut encore présenter ses deux mains au passage, comme s'il vouloit venir au monde, en se traînant sur ses mains & sur ses pieds. Dans ce cas même on ne doit point s'aviser de repousser l'un des bras, parce que les deux mains de l'enfant jointes à celle de la Sage-femme, n'occupent pas plus de place, que sa tête ou son corps; mais on fait couler la main vers l'aisselle & le long de la poitrine, du côté qui est le plus près de l'orifice de la matrice, par exemple, de l'épaule gauche, la tête de l'enfant reposant sur l'os des îles droit de la mère, & les fesses sur le gauche, & par conséquent la poitrine en bas. J'ai dit ci-dessus, que lorsqu'on veut extraire les pieds de l'enfant & les faire passer sous l'arcade des os pubis, on trouve beaucoup de difficulté à le faire, lorsque la femme est couchée sur le dos. On doit par conséquent la faire poser sur ses coudes & sur ses genoux, passer la main droite entre ses fesses & la conduire le long de la poitrine de l'enfant, &c. jusqu'à ce qu'on puisse saisir ses pieds. On place le pouce sous ses jarrets & l'on extrait les pieds suivant la direction du diamètre oblique du détroit supérieur du petit bassin. Après que ces derniers sont sortis, la femme se remet sur le dos, pour terminer l'Accouchement, parce qu'elle seroit moins commodément sur ses coudes & sur ses genoux. On se conduit pour le reste de même que dans l'Accouchement par les pieds.

Lorsque par hazard la tête de l'enfant & son bras s'engagent ensemble dans la cavité du bassin, & que la première partie se trouve dans sa position naturelle, il faut, s'il est possible, faire rentrer la main à côté de la tête & y contenir, jusqu'à ce que

la tête occupe toute la cavité du bassin, & que la main ne puisse retomber.

Lorsque ce moyen ne réussit point, & que la tête est située obliquement, on ne doit point tenter de faire rentrer la main, pour ne point faire avancer la tête dans la position qu'elle a. Il faut à l'instant la soulever & repousser, extraire le bras & retourner l'enfant sur le côté; si on ne le faisoit pas, les eaux s'écouleront toutes; la tête de l'enfant descendroit dans une position oblique, & l'Accouchement seroit aussi difficile que dangereux. Cela fait, on se conduit pour le reste comme ci-devant.

Lorsque la tête de l'enfant & son bras se présentent ensemble au passage, & que la première est dans une bonne position, la nature seule termine cet Accouchement après un long travail. Le seul secours que l'art peut procurer dans ce cas-ci, lorsque la main de l'enfant sort avant la tête & qu'on peut y atteindre, est de la saisir & de la tirer pendant qu'on pose les doigts de l'autre main sur le côté opposé de la tête de l'enfant, pour faciliter l'Accouchement.

VII. ACCOUCHEMENT.

L'enfant présente le pied droit & la main gauche, la face appuyée sur l'os des îles gauche de la mère, le derrière sur le droit, le ventre en bas & le dos en haut. Voyez la Planche XIII. fig. 2.

Cet Accouchement est beaucoup plus facile que le précédent, parce qu'on n'est point obligé de chercher les pieds, vu qu'ils tombent d'eux-mêmes dans la main. On doit, dans ce cas-ci, laisser le bras tel qu'il est, d'autant plus, qu'il n'apporte

aucun obstacle, ainsi qu'on s'en apperçoit, lorsqu'on est obligé de l'extraire, pour pouvoir plus facilement chercher les pieds & les amener dans le passage; & lorsque, comme dans le cas précédent, l'un ou les deux bras se présentent, on est obligé de chercher les pieds, qui sont encore entièrement placés dans la matrice, & même dans une telle position, qu'on doit les dégager étant repliés sur son dos ou sur son ventre, & les extraire à côté de ses deux mains. On doit se conduire dans ce cas-ci, comme j'ai dit qu'il falloit le faire, lorsque l'enfant se présente avec l'une des jambes au passage.

Puisque dans ce cas-ci le ventre de l'enfant est tourné en bas & forme à peu près la partie moyenne entre la main & le pied, il arrive souvent, que le cordon ombilical tombe dans le vagin; il faut le faire rentrer pendant qu'on tourne & qu'on extrait l'enfant, pour ne point le presser ni l'offenser dans le tems qu'on opère.

VIII. ACCOUCHEMENT.

L'enfant présente la tête, la face tournée vers l'os des îles droit & l'occiput vers le gauche, le dos occupe le fond de la matrice; les jambes sont fléchies sur le bas-ventre, les deux pieds appuyés sur la face, & se font sentir avec la tête. Voyez la Pl. XV. fig. 1.

Comme on est obligé dans les situations contre-nature, de terminer l'Accouchement par les pieds, il semble qu'il n'y a rien de mieux à desirer que de trouver ces derniers au passage; il semble encore, qu'il n'y ait qu'à les saisir & les extraire pour terminer l'Accouchement avec aisance; mais qu'on

ne s'y trompe pas; qu'on examine scrupuleusement la situation de l'enfant, & l'on verra, qu'il y a bien des obstacles à surmonter.

Lorsqu'on tire les pieds sans précaution, on peut luxer les cuisses, & même causer la mort à l'enfant, à cause de la luxation des vertèbres dorsales, le dos de l'enfant décrivant une ligne courbe, que l'on convertit en angle aigu.

Si l'on s'amuse à remonter la tête (je la suppose engagée dans le détroit supérieur du petit bassin) pour la porter sur l'os des îles gauche, on a à combattre & à lutter contre les contractions du fond de la matrice, & lorsqu'on croit lui avoir procuré un point d'appui sur cet os, qu'on l'abandonne pour saisir les pieds, on a le chagrin de la sentir dans le lieu d'où on l'avoit déplacée, soit qu'elle y ait été entraînée par son propre poids, soit qu'elle y ait été remplacée par les contractions du fond de la matrice. Que faire donc en pareil cas, si l'on ne peut tirer les pieds ni remonter la tête?

Si ces deux manœuvres se font séparément ou alternativement, on a de très-grands obstacles à surmonter: si on les fait ensemble, les difficultés seront légères. On saisira donc de la main droite les deux pieds de l'enfant & on les tirera fort doucement, & du tems qu'il n'y a point des douleurs, si avant dans le bassin, qu'on puisse placer le pouce dans les plis des genoux. *Voyez la fig. 2.* On alonge le doigt index, courbé & raccourci, en forme de levier contre le front de l'enfant, on repousse ainsi la tête dans le grand bassin, pendant qu'on amène doucement & par degré les pieds dans le petit, *voyez la fig. 3,* & on continue cette manœuvre jusqu'à qu'on ait extrait les pieds & qu'on ait les mains libres,

pour repousser avec l'une la tête de l'enfant, pendant qu'on tire les pieds de l'autre.

Si ce manuel ne réussit point, comme cela arrive fort souvent, on ne fera plus des tentatives inutiles, pour ne pas faire avancer la tête plus avant dans le passage; mais on prend un ruban qu'on plie en deux, pour former une anse, dans laquelle on passe les deux bouts & on en forme un nœud coulant, dans lequel on passe l'index & le doigt du milieu; après quoi l'introduisant dans le vagin jusqu'aux pieds de l'enfant, on passe cette anse, en l'ouvrant avec le pouce, sur ces derniers & au-delà des talons: cela fait, on tire de l'autre main les deux bouts du ruban pour ferrer le nœud. *Voyez la fig. 4 & la main attenante.*

On tient maintenant d'une main le lac, & l'on introduit l'autre, savoir, la droite, les doigts étendus, jusqu'au front de l'enfant, que l'on souleve, pendant qu'on tire les pieds avec le lac. On se conduit pour le reste, comme dans l'Accouchement par les pieds.

Il y a ici encore une attention particulière à faire & qu'on devroit toujours observer, c'est qu'on ne doit ni tirer ni pousser dans le tems que les douleurs se font sentir, car cela n'avanceroit point l'Accouchement; on doit uniquement soutenir ce qu'on a gagné, & après que la douleur expulsive a cessé, recommencer de nouveau. Il seroit à souhaiter, que la nature restât oisive dans ce moment & que l'art pût seul se mêler de la direction de cet Accouchement, jusqu'à qu'on ne rencontre plus d'obstacle.



IX. ACCOUCHEMENT.

L'enfant présente la nuque, l'occiput appuyé sur l'os des îles gauche de la mère, son derrière sur le droit & les deux jambes pliées sur son ventre. Voyez la Pl. XVI. fig. 1.

On connoît par le toucher que l'enfant présente la nuque, aux apophyses épineuses des vertèbres de cette partie, qui sont d'autant plus sensibles dans le milieu, que l'enfant a le menton appuyé sur sa poitrine, & on les distingue de celles du dos, en ce qu'elles sont plus petites, & qu'il n'y a aucune côte des deux côtés. On sent en outre d'un côté l'occiput de l'enfant, de l'autre le menton & de l'autre les bords supérieurs des omoplates.

L'enfant peut avoir les quatre positions suivantes, savoir, celle qu'on voit ici, du côté opposé & le vertex en avant ou en arrière.

L'enfant ne peut naître naturellement dans cette position, excepté dans quelques circonstances particulières & fort rares, dans lesquelles le vertex tombe de soi-même dans l'axe du bassin; on pourra même y contribuer, en faisant prendre à la femme une situation convenable. On ne doit cependant point compter là-dessus, ni laisser écouler les eaux, mais extraire l'enfant par les pieds. Pour pouvoir y atteindre, il faut un peu soulever sa tête & son cou, pour qu'il présente son dos au passage, comme on le voit par la *fig. 2.*

On se sert de la main gauche, que l'on soutient en ap-

puyant le coude sur le genou. On pose les bouts des doigts sur l'occiput de l'enfant, de façon, que la main pose à plat sur la nuque, & profitant du tems que les douleurs cessent, on souleve la tête, & on la conduit le long de l'os des îles gauche, jusqu'à ce que le dos se présente. On se conduit pour le reste comme dans le cas où l'enfant est couché sur le dos, ainsi que je le dirai plus bas.

X. ACCOUCHEMENT.

L'enfant présente la nuque, le vertex regarde l'une des parties latérales de la saillie de l'os sacrum & le dos le bord supérieur du pubis.

Les signes dans ce cas-ci, sont les mêmes que dans le précédent, excepté que la tumeur du ventre de la femme, n'occupe que le milieu de cette partie, comme dans l'état naturel.

Lorsque toutes les circonstances sont favorables à l'Accouchement, par exemple, que le bassin est spacieux, que l'enfant n'est point trop gros, que la femme est robuste, les douleurs vraies & quelques intervalles durant le travail, on pourroit faire des essais à faire naître l'enfant naturellement.

Après avoir placé la femme, ainsi qu'on le pratique ordinairement, on introduit la main, dont on peut le plus aisément se servir, dans la matrice aussi avant qu'il le faut, pour que la tête de l'enfant se trouve dans la paume de la main, pour pouvoir la saisir & la placer de manière, que le sommet se présente à l'entrée du petit bassin, sans tourner la fontanelle du côté de la saillie de l'os sacrum, mais vers le diamètre oblique.

Lorsque cette manœuvre ne réussit point, comme cela arrive ordinairement, on ne doit point tarder ni faire des tentatives inutiles, ni laisser échapper toutes les eaux; car l'Accouchement deviendrait plus difficile, ainsi qu'on l'éprouve, lorsqu'on veut retourner l'enfant.

On doit ensuite retourner l'enfant & l'extraire par les pieds. On laisse pour cet effet tomber l'occiput & la nuque de l'enfant dans la main droite, supposé que le vertex penche vers la symphise sacro-iliaque droite, & on place la tête sur l'os des îles droit. On amenera le bras gauche, au cas qu'il puisse former obstacle pour extraire les pieds, & on se conduira pour le reste comme dans le cas, où le bras de l'enfant est sorti.

XI. ACCOUCHEMENT.

L'enfant présente la nuque, le vertex tourné du côté des os pubis de la mère, & le dos appuyé sur la saillie de l'os sacrum.

Les signes de cette position sont les mêmes que dans les deux cas précédens.

Si l'on considère les difficultés qu'on rencontre pour mouvoir le vertex de la tête de l'enfant obliquement située, dans l'axe du bassin, & sur-tout dans ce cas-ci, à cause que les eaux se sont écoulées, on comprendra aisément, que la Sage-femme agira avec beaucoup plus de prudence, de tourner l'enfant & de l'extraire par les pieds, que de faire continuellement des tentatives inutiles, qui épuisent la femme & empirent le cas, pour le faire naître naturellement, d'autant plus que quand elle parviendrait à le faire, il descendrait avec la face tournée vers le pubis de sa mère.

On

On fait coucher la femme sur le côté droit, les cuisses rapprochées de son ventre, supposé que le vertex de la tête de l'enfant penche vers le côté droit; on introduit la main droite entre ses deux fesses dans le vagin & dans la matrice, on place les doigts étendus sur l'occiput, & on fait glisser la tête sur l'os des îles droit. On peut alors, sans retirer la main de la matrice, laisser tomber la jambe gauche de la femme sur le bras qui agit, ce qui la remet sur son dos; on extrait ensuite le bras gauche de l'enfant, au moyen de quoi il se trouve couché sur le côté.

Au cas qu'on ne puisse pas porter la tête sur l'os des îles, à cause de la forte contraction de la matrice sur l'enfant, on tâchera de couler les doigts de la main droite entre la nuque sur son épaule droite, & de la tirer un peu vers le bas, pendant qu'on fait faire avec le pouce placé sur les vertèbres, une demi-rotation au dos; de sorte, qu'il regarde l'os des îles droit de la mère. Si les pieds sont alors pliés sur le ventre, & qu'on puisse, par l'ouverture qu'on s'est frayée, conduire aisément sa main, on saisira les deux pieds ou bien un seul, lorsqu'on ne peut pas facilement saisir les deux, & on les amenera au passage, jusqu'à ce que les genoux se trouvent contre ou sous l'aisselle. On appuie fortement le pouce dans les plis des genoux, & ayant bien saisi les jambes, on souleve l'aisselle avec l'index, pendant qu'on les extrait, comme *la fig. 3. de la Pl. XV.* montre, & qu'on le pratique à l'égard de la tête, pour les amener entièrement dehors. On se conduira pour le reste, de même que dans le cas précédent.

Au cas qu'on ne puisse pas faire faire une demi-rotation à l'enfant, pour le placer sur son côté, on tâchera du moins de couler un ou deux doigts sur son épaule & sur son bras, jus-

que dans le pli du coude , pour pouvoir avec ces mêmes doigts , en forme de crochet , extraire le bras ; par ce moyen , la matrice aura plus d'espace , on y pourra plus facilement introduire la main , & on n'aura qu'à se conduire comme dans le cas , où l'enfant présente le bras.

XII. ACCOUCHEMENT.

L'enfant présente le dos , l'occiput placé sur l'os des îles gauche , le derrière sur le droit , & les jambes repliées sur son ventre. Voyez la Pl. XVI. fig. 2.

Lorsque l'enfant présente le dos à l'orifice de la matrice , il peut avoir quatre positions différentes , mais pour l'ordinaire il est situé obliquement ou de travers , c'est-à-dire , avec la tête sur l'un des os des îles de la mère & le derrière sur l'autre. Dans le cas où il se présente comme on le voit ici , on a les signes suivans :

1.^o Le ventre de la mère est plus large & moins élevé , que dans l'état naturel de la grossesse. On apperçoit d'un côté de son ventre une tumeur remarquable , formée par la tête de l'enfant , qui , lorsqu'on y touche , cause une sensation douloureuse à la mère.

2.^o Les douleurs sont généralement plus modérées , & au commencement plus aiguës des deux côtés du ventre , que vers le bas des lombes.

3.^o La femme ne sent aucune pesanteur particulière dans la région inférieure , comme dans l'Accouchement naturel , à mesure que la tête descend.

4.° L'orifice de la matrice est situé fort haut, & est de même que son cou encore épais.

5.° L'orifice de la matrice ne forme pas un cercle tout-à-fait rond, mais un peu allongé, & la surface de la poche des eaux est plate & peu tendue.

6.° Le dos de l'enfant est placé si haut, à cause qu'il ne peut descendre dans le petit bassin, qu'on ne peut quelquefois y atteindre avec le doigt, & que pour reconnoître la position de l'enfant, on est obligé d'introduire toute la main.

7.° Après que les eaux ont percé, on sent les apophyses épineuses des vertèbres du dos, & même l'on peut, quand on le touche avec attention, savoir, de quel côté sont situés la tête & le siège de l'enfant, parce que les vertèbres vont en diminuant vers la tête, & au contraire en augmentant vers le siège. En outre, les apophyses s'inclinent les unes sur les autres vers le bas; il est vrai que ces tubercules sont si petits au terme de la naissance, qu'on peut à peine les distinguer, mais il est toujours bon d'en avoir une idée. On sent de chaque côté les côtes, & au-dessus le bord postérieur & l'angle inférieur des omoplates.

Cet Accouchement n'est pas aussi laborieux que plusieurs personnes se l'imaginent, & moins laborieux que ceux dans lesquels l'enfant présente la poitrine ou le ventre; la raison en est, que dans ces derniers, les jambes étant repliées sur le dos, lorsqu'on veut placer l'enfant sur le côté, on ne peut les extraire qu'avec beaucoup de peine; au lieu que dans le premier cas, les jambes sont ordinairement repliées sur le ventre, & qu'on les peut plus facilement amener, en faisant faire une demi-rotation au corps de l'enfant.

La difficulté de cet Accouchement provient pour l'ordinaire de ce que la matrice se contracte & se ferre entièrement sur le corps de l'enfant aussitôt après que les eaux ont percé & se sont écoulées; car la femme, qui, dans le commencement du travail, se trouve plus incommodée que dans l'Accouchement naturel, & qui voit que l'Accouchement n'avance pas, fait des efforts pour faire valoir ses douleurs; ce qui est cause que les eaux percent trop tôt, s'échappent toutes, que la matrice se contracte fortement & entièrement sur toutes les parties de l'enfant, & empêche par-là l'introduction de la main, pour faire reculer l'enfant & le placer sur le côté.

On ne doit par conséquent point abandonner trop longtemps cet Accouchement à la nature, mais percer les membranes à tems, & s'assurer de la position de l'enfant; ce qui n'est cependant, dans ce cas-ci, point d'une nécessité absolue, il suffit que l'on sache, qu'il est situé sur le dos, puisqu'alors on doit le tourner pour le placer sur le côté & atteindre les pieds. Peu importe qu'on faisisse pour cet effet sa poitrine, lorsqu'on agit avec prudence, & qu'on n'appuie pas trop dessus, non plus que sur les hanches: il vaut cependant mieux appuyer sur ces dernières, tant à cause que l'on a un meilleur point d'appui, qu'à cause qu'on atteint plus aisément & plus promptement aux jambes & aux pieds.

Quelques-uns veulent, mais mal-à-propos, que l'on souleve l'enfant, de façon, que son derrière se présente à l'orifice de la matrice; mais cela ne peut avoir lieu, & encore trouver-on plus de difficulté, que lorsque les eaux remplissent encore la matrice. Lorsqu'il s'en est écoulé une grande partie, & que la matrice sert le corps de l'enfant, cette opération devient absolument impossible; & il vaut mieux s'y prendre de la manière suivante.

Lorsqu'on connoît par l'angle inférieur des omoplates & à la diminution graduelle des vertèbres du côté de la tête, la position de l'enfant; par exemple, qu'il a cette dernière partie sur l'os des îles gauche de sa mère & les fesses sur le droit, on doit introduire les doigts de la main gauche dans la matrice, & les couler doucement le long de son dos du côté droit de la mère, jusqu'à ce que son pouce se trouve sur la hanche gauche & ses doigts sur la droite; & l'ayant bien saisie, on fera une demi-rotation, pour le faire tomber sur la hanche droite. *Voyez la fig. 4.*

Il peut arriver que l'enfant soit placé de façon, que sa hanche se trouve plus bas que sa poitrine : comme l'on a assez de place pour introduire la main jusqu'à l'aîne droite de l'enfant, on la coulera le long de son ventre, jusqu'à ce qu'on rencontre sa main droite; on la saisira avec l'index plié en forme de crochet & on l'extraira, *fig. 5*, moyennant quoi l'enfant tombe sur le côté, & présentera la main droite au passage. Je renvoie pour la suite le Lecteur à ce que j'ai dit au sujet de ces sortes de circonstances.

On doit agir de même dans les trois autres cas, où l'enfant est couché sur le dos, je veux dire, soulever la hanche, pour lui faire changer de situation & le poser sur le côté.

Il peut arriver qu'il ait ses pieds repliés sur son derrière. Au cas qu'on puisse y atteindre, il faut les tirer à soi, appliquer un lac à l'un ou à tous les deux ensemble, & les extraire d'une main avec le lac, pendant qu'on souleve ses reins de l'autre.



XIII. ACCOUCHEMENT.

L'enfant présente la poitrine, le visage appuyé sur l'os des îles droit de sa mère, le ventre sur le gauche & les jambes pliées sur son dos. Voyez la Pl. XVII. fig. 1.

L'enfant peut dans ce cas-ci, de même que dans le précédent, se présenter par la poitrine de quatre façons différentes : 1.^o comme on le voit ici ; 2.^o à l'opposite, savoir, le visage appuyé sur l'os des îles gauche de sa mère & le ventre sur le droit ; 3.^o avec le visage sur l'os pubis & le ventre sur la saillie de l'os sacrum ; & enfin 4.^o le visage en arrière & le ventre en avant.

Pour terminer cet Accouchement avec succès, l'on doit d'abord s'assurer de la position de l'enfant, autrement l'on pourroit commettre une faute, à laquelle il ne seroit pas aisé de remédier. On doit, dis-je, examiner d'abord de quel côté le visage & le ventre de l'enfant sont tournés ; car si on les faisoit avancer ou reculer, en idée de le placer en sorte que le ventre se présente, on pourroit le placer sur son cou. On doit donc introduire la main dans le vagin, conduire l'index tout autour de la partie qui se présente, & chercher l'endroit où le sternum, les côtes & le creux de l'estomac sont placés. On connoitra par le moyen de ces parties la manière dont il est situé.

Lorsque l'enfant est situé de travers, comme on le voit par la figure, on a à peu près les mêmes signes & les mêmes phénomènes, que lorsque l'enfant se présente par le dos, excepté, qu'au lieu des apophyses épineuses des vertèbres, on sent le sternum qui est plat. Si outre cela on sent les clavicules &

le creux de l'estomac, il ne fera plus difficile de favoir l'endroit où sa tête & son ventre sont placés.

Lorsqu'on s'est ainsi assuré de la position de l'enfant, & que l'orifice de la matrice est suffisamment ouvert, on examine d'abord, avant de soulever sa poitrine, si peut-être ses pieds ne sont point pliés sur son ventre; s'ils le sont, on les saisit séparément ou tous les deux ensemble, & on les tire dans le vagin aussi avant qu'on le peut faire sans effort. Après les avoir extrait dans l'orifice de la matrice jusqu'au dessus des genoux, on place le pouce sous le jarret, l'index contre la poitrine & les autres doigts sur les jambes de l'enfant. On souleve la poitrine avec l'index, pendant que l'on amène les pieds. Dans le cas où l'on ne réussit pas, on y applique un lac, & pendant qu'on souleve la poitrine d'une main, on tire au lac avec l'autre, pour extraire les pieds.

Dans ce dernier cas, l'Accouchement peut être aussi promptement qu'heureusement terminé; mais comme pour l'ordinaire l'enfant a les jambes pliées sur son dos, comme on le voit par la *fig. 1*, on rencontre souvent des difficultés de grande importance.

Lorsque dans ce dernier cas on est appelé à tems avant que les eaux aient percé, & que toutes les autres circonstances sont favorables, on peut aisément surmonter les obstacles qui se présentent; la chose est plus difficile, lorsqu'il y a quelque tems que les eaux se sont écoulées, & presque impossible, lorsque la poitrine reste enclavée dans le détroit supérieur du petit bassin. On peut donc diviser cet Accouchement en facile, laborieux & impossible.

Ce que j'ai dit ci-dessus, regarde l'Accouchement facile; je

vais maintenant parler du laborieux, dans lequel l'enfant a les jambes pliées sur son dos, & les eaux se sont déjà écoulées.

Après avoir introduit la main droite dans la matrice, on coule les doigts sur sa poitrine jusque sous l'aisselle droite, & on place son pouce sous la gauche; agissant ensuite sur les deux aisselles, & non sur la poitrine, on tâche de faire faire une demi-rotation au corps de l'enfant, & de le placer sur le côté, comme on le voit par la *fig. 4*. On extrait ensuite son bras droit, pour l'y placer encore mieux, après quoi on coule en descendant la main le long de son épaule & de son dos jusque sur ses cuisses, & de celles-ci sur ses jambes, qu'on saisit, en plaçant le pouce sous les jarrets, & on conduit ses pieds le long du diamètre oblique du détroit supérieur du petit bassin, jusque dans le vagin. *Voyez la fig. 5*. Si la hanche droite s'oppose à l'extraction des pieds, on doit la soulever avec l'index, pendant qu'on travaille à les extraire.

Lorsque ce manuel ne réussit pas, on pousse la poitrine sur l'os des îles droit, le coude appuyé sur son genou, pour que l'enfant présente le bas-ventre, *voyez la fig. 3*, & on continue à terminer l'Accouchement de la manière que j'indiquerai, en traitant cet article. On peut essayer de dégager & d'extraire l'un ou l'autre des bras de l'enfant à côté de sa poitrine, pour le placer sur son côté, soit que le dos regarde le devant ou le derrière. Dans le premier cas, pour pouvoir atteindre aux pieds, on fera placer la femme de façon, qu'elle ait le corps appuyé sur ses coudes & sur ses genoux, ou qu'elle soit couchée sur l'un de ses côtés; on introduira par derrière la main dans le vagin, & après que les pieds seront sortis, on la fera recoucher sur le dos.

Lorsque l'enfant, au lieu d'avoir les jambes repliées sur son

son ventre, les a sur le dos, qu'on ne peut ni le retourner, ni extraire ses bras, que les eaux se sont écoulées, & la matrice tellement resserrée autour de son corps, que sa poitrine s'enclave à l'entrée du bassin, l'Accouchement devient impossible, & il ne reste d'autre chose à faire, que de baptiser l'enfant & de l'abandonner à son sort, en attendant qu'il meure sans avoir vu le jour. Il arrive quelquefois que ses parties s'affaissent & diminuent assez pour pouvoir le retourner. Lorsqu'on ne le peut, & qu'on est assuré de sa mort, au défaut de battement de son cœur, à l'affaissement de sa poitrine, à la mauvaise odeur qu'il exhale, & à la peau, qui se détache de ses côtes, on doit absolument vider sa poitrine, comme je l'enseignerai ailleurs.

On aura égard aux mêmes circonstances dans les autres positions, dans lesquelles l'enfant présente la poitrine au passage.

XIV. ACCOUCHEMENT.

L'enfant présente le ventre, la poitrine appuyée sur l'os des îles droit de sa mère & les cuisses sur le gauche, les jambes repliées sur son dos & le cordon ombilical hors du vagin. Voyez la Pl. XVII. fig. 2.

On ne doit pas s'imaginer que la position représentée dans cette Planche, soit la seule que l'enfant puisse avoir dans la matrice, lorsqu'il présente le ventre au passage, son corps est quelquefois tellement courbé en arrière, que l'occiput pose sur son dos & ses pieds sur sa tête. D'autres fois ses jambes sont arquées de façon, que les plantes de ses pieds posent sur ses reins & que son corps forme un ovale. D'autres fois enfin, ses cuisses sont placées contre & à côté de son ventre.

L'enfant peut être avec ces différentes flexions de son corps & de ses membres, situé comme dans le cas précédent, c'est-à-dire, avec la poitrine figurée comme ici, ou avoir une position opposée; la poitrine peut aussi regarder le devant ou le derrière de la mère.

Les signes qui annoncent que l'enfant présente le ventre au passage, sont les suivans :

1.^o La poche formée par les membranes est grande, étendue & flasque.

2.^o On sent, même avant que les membranes se déchirent, le cordon ombilical, qui pour l'ordinaire avance hors du ventre.

3.^o Après que les membranes se sont déchirées, il en sort une grande quantité d'eau, & on trouve le cordon seul dans le vagin.

4.^o Lorsqu'on coule la main le long de ce dernier, on sent au milieu du ventre une grosseur molle & large, qui s'étend d'un côté jusqu'au bord supérieur de la poitrine & de l'autre au bassin, où l'on sent le bord supérieur des os des îles. Lorsqu'indépendamment de ces circonstances, on trouve le creux de l'estomac, il est aisé de savoir de quel côté cette partie & les cuisses de l'enfant sont tournées.

Ce qu'on pourroit exiger de mieux de la nature dans ce cas-ci, ce seroit qu'elle restât oisive & qu'elle s'en rapportât entièrement à l'art, vu qu'il doit seul terminer l'Accouchement. On doit par conséquent rompre les membranes, au cas qu'elles soient encore entières, mais pas trop précipitamment, ni avant que l'on soit entièrement assuré, qu'on pourra ensuite introduire

la main dans la matrice pour terminer l'Accouchement, parce que la sortie du cordon pourroit occasionner la mort de l'enfant, sans faire mention de l'obstacle que peut former l'écoulement des eaux.

On examinera d'abord comment l'enfant est situé, & où ses pieds sont placés; si ses cuisses sont pliées sur son ventre & situées, par exemple, sur l'os des îles gauche de la mère, on introduit la main gauche dans le vagin, on saisit le cordon, on le fait rentrer dans la matrice, & on l'y retient avec la main qui agit; & dans le cas où il n'y reste point, on le laisse tel qu'il est. On saisit ensuite l'une des jambes, puisqu'on ne peut atteindre aux deux, on la tire, & plaçant le pouce sous le jarret, on l'amène dans le vagin. Cela fait, on coule les doigts le long de cette même jambe & cuisse jusqu'aux parties naturelles, pour trouver l'autre cuisse & par conséquent la jambe, que l'on amène de même dans le vagin près de la première; & les saisissant toutes deux, on rapproche, pendant qu'on les extrait, les genoux de l'os des îles droit, pour faire descendre les fesses du gauche, & terminer l'Accouchement comme je l'ai dit, en parlant de celui par les pieds.

Dans le cas où l'on ne peut facilement atteindre les pieds, parce qu'ils sont placés trop haut sur l'os des îles de la mère, on commence par soulever un peu la poitrine de l'enfant, afin de rapprocher ses parties naturelles de l'orifice de la matrice; ce qui facilite le moyen de pouvoir arriver aux pieds.

On se conduit de même, lorsque l'enfant a la poitrine en avant ou en arrière, excepté qu'en pareil cas l'on doit tourner l'enfant un peu obliquement, pour amener ses pieds par le dia-

mètre oblique du détroit supérieur du petit bassin; car si l'on agissoit autrement, la saillie de l'os sacrum s'opposeroit à leur sortie.

Tout va bien jusqu'ici; mais cet Accouchement ne se termine pas toujours aussi heureusement, & il y a des circonstances qui le rendent très-laborieux, lors sur-tout que l'enfant a les jambes renversées sur son dos, parce que, quoiqu'on souleve la poitrine, on ne peut y atteindre, à moins qu'on ne s'y prenne de la manière suivante.

On porte les doigts étendus de la main droite, leur dos tourné en devant, sur la hanche gauche de l'enfant, & on la souleve un peu, pour le faire tomber sur le côté droit. Dans le cas où l'on ne réussit point, on appuie le pouce sur la hanche gauche & les doigts sur la droite, & on l'abaisse en même tems qu'on souleve la gauche avec le pouce, comme on le voit, *fig. 4. de la Pl. XVI*, l'enfant présentant le dos. Lorsque le bras empêche de pouvoir saisir & amener les pieds, on le tire dehors, comme on le voit par la *fig. 5 de la même Planche*. On coule ensuite les doigts le long des jambes, jusqu'à ce que le pouce se trouve sous les genoux, on les saisit, en tournant un peu le dos de la main du côté du diamètre oblique, & on les conduit le long de la partie latérale du dos de l'enfant dans le vagin. Dans le cas où les pieds s'arrêtent sur la hanche, on la souleve un peu avec l'index, & l'enfant tombe sur le dos, la poitrine en avant sur l'os pubis. *Voyez la fig. 5. de la Pl. XVII.*

Lorsqu'on souleve dans ce cas-ci la hanche droite de l'enfant, son dos regarde le pubis de la mère, & après avoir extrait les pieds, son ventre occupera la région du sacrum; mais cette position n'est pas favorable pour dégager & extraire les pieds; on fera pour lors obligé de faire poser la

femme sur ses coudes & ses genoux, & de se servir de la main gauche, pour extraire les pieds le long des os pubis de la mère.

L'unique attention qu'on doit avoir, lorsqu'on extrait l'enfant par les pieds le long de l'os sacrum de la mère, est de faire en sorte, que son dos soit placé dans la cavité de ce même os; & lorsqu'on veut le coucher sur son ventre, on ne doit pas dans ce cas-ci le tourner vers l'os des îles gauche, mais vers le droit, c'est-à-dire, qu'on doit toujours le tourner du côté où sa tête étoit placée; car lorsqu'on n'a pas cette attention, on est obligé de faire une rotation de trois quarts du corps, pour le placer sur son ventre.

La violence des douleurs est quelquefois cause, que l'enfant, après s'être avancé sur son ventre dans la cavité du petit bassin, y reste enclavé. Cela arrive ordinairement, lorsque l'enfant a une ascite; ce que l'on connoît aisément au cordon ombilical, qui est également hydropique, & se présente en forme d'un boudin. Le ventre est affaissé, fort gros & s'avance insensiblement dans la capacité du petit bassin, de même que fait, dans certaines circonstances, la très-grosse tête d'un enfant.

Il faut dans ce cas-ci, avant de chercher les pieds de l'enfant, vider avec un trois-quarts les eaux épanchées dans son bas-ventre, comme j'enseignerai ailleurs, & continuer ensuite, comme on l'a vu ci-dessus; & quand même on seroit pleinement convaincu de la mort de l'enfant, on doit suivre les mêmes préceptes.

J'ai dit ci-dessus, que lorsque les eaux viennent à percer, & que l'enfant présente le ventre, le cordon avance presque toujours dans le vagin, & sort même par la vulve. Lorsqu'on voit

que l'orifice de la matrice n'est pas assez ouvert pour y introduire la main & extraire l'enfant, il faut faire coucher la femme, faire rentrer le cordon dans le vagin & couvrir l'orifice de celui-ci avec une compresse trempée dans du lait chaud, ou telle autre liqueur semblable, lors sur-tout que l'enfant est encore vivant; ce que l'on connoît à la pulsation du cordon. Lorsqu'on commence à retourner l'enfant, & que le cordon ne reste point dans la matrice, après l'avoir introduit, il faut le laisser jusqu'à ce que l'Accouchement soit tout-à-fait terminé.

X V. A C C O U C H E M E N T.

L'enfant présente l'épaule droite, son oreille droite appuyée sur l'os des îles gauche de sa mère, sa hanche droite sur le droit, le dos en avant & le ventre en arrière. Voyez la Pl. XVIII. fig. 1.

Lorsque l'enfant présente l'épaule au passage, on sent un petit corps dur & rond, différent du coude, qui est plus petit & plus pointu, mais moins que le genou. Pour distinguer l'épaule & connoître la vraie position de l'enfant, on doit toucher les parties contigues, le cou, la fente ou rainure antérieure & postérieure que forme l'aisselle, le bras, l'omoplate & une partie de la poitrine.

On n'a autre chose à faire dans ce cas-ci, que d'extraire le bras de l'enfant, & de se conduire ensuite comme j'ai enseigné à le faire, lorsqu'il présente cette dernière partie. Il peut cependant arriver, qu'on ne peut dégager le bras, parce que l'enfant s'est enfoncé sur son cou, & on est alors obligé de le soulever de la main droite, pour placer cette partie sur l'os des îles droit de sa mère.

Il est inutile de soulever l'enfant pour le retourner sur le dos, & ensuite sur le côté gauche; car quoique sa face regarde le pubis de la mère, on le place bien plus facilement sur son ventre, lorsqu'on l'a extrait jusqu'à cette dernière partie, qu'en lui faisant faire une rotation de trois quarts du corps. Il est vrai qu'on a plus de peine à trouver & à amener ses pieds, mais lorsqu'on ne peut y atteindre aisément en faisant coucher la femme sur le dos, il faut la faire appuyer sur ses coudes & sur ses genoux, jusqu'à ce qu'ils soient sortis, ainsi que je l'ai dit plusieurs fois. Au reste, on ne doit point tant s'effrayer, en extrayant l'enfant lorsqu'il a le ventre tourné vers le pubis de sa mère, pourvu qu'on se conduise avec prudence, qu'on ait l'attention de le bien soutenir & de le placer à tems sur son ventre.

On doit se conduire de même, lorsqu'il a la poitrine tournée vers l'un ou l'autre os des îles de sa mère; on doit seulement prendre garde de ne pas se méprendre, croyant de toucher sa tête ou son siège, parce qu'on abandonneroit peut-être l'Accouchement à la nature. Si on le faisoit, son épaule s'engageroit plus avant au passage, & ne manqueroit pas de s'y enclaver, & l'on auroit toutes les peines du monde à l'extraire, à cause qu'on ne pourroit plus introduire la main dans la matrice, pour chercher les pieds.



XVI. ACCOUCHEMENT.

L'enfant présente l'aisselle droite, le bras droit appuyé sur l'os des îles gauche de la mère & à côté de sa tête, & la hanche droite sur le droit, la poitrine en haut & le dos en bas. Voyez la Pl. XVIII. fig. 2. ()*

Cette position diffère peu de celle sur le côté, mais on doit s'en assurer par le toucher, pour y apporter le secours nécessaire à tems, autrement les eaux s'échapperont toutes, & on pourroit alors rencontrer les plus grandes difficultés, pour saisir & extraire les pieds.

On connoît l'aisselle au creux qu'elle forme sous le bras, & en touchant les parties contigues, telles que la poitrine, le dos, les côtes, &c. On s'assure par ces dernières parties de l'endroit, où la poitrine & le ventre sont situés, & l'on cherche enfin où les pieds sont placés.

On n'a ici aucun bras à extraire, pour atteindre aux pieds; le seul obstacle qu'on peut rencontrer, est, lorsque la tête de l'enfant est placée trop bas, parce qu'on ne pourroit alors les extraire facilement. Dans ce cas, on doit un peu la soulever, en plaçant le pouce de la main gauche sous l'aisselle & les doigts étendus sur l'occiput de l'enfant.

On doit dans ce cas-ci agir de même, comme si l'enfant présentait le bras droit, & suivre les préceptes que j'ai donnés touchant cet article; mais si les pieds regardent le pu-

(*) L'aisselle devrait être placée au milieu de l'orifice de la matrice, mais le Graveur n'a su comment s'y prendre, pour lui donner cette position.

bis de la mère, on doit, comme ci-devant, placer la femme ou sur son côté, ou le corps appuyé sur ses coudes & sur ses genoux, pour pouvoir aisément introduire la main dans la matrice, saisir les pieds de l'enfant & les extraire.

Dans le cas où les jambes sont repliées sur le dos de l'enfant, cette dernière partie regardant l'os sacrum de sa mère, & la tête appuyée sur l'os des îles gauche, on fait coucher la femme sur le dos, & l'on se sert de la main gauche, de manière, qu'après avoir saisi les jambes, on doit extraire les genoux perpendiculairement du côté de l'os des îles droit, l'enfant se trouve par-là sur son dos, & alors on le peut facilement placer sur son ventre, en croisant, pendant qu'on l'extrait, ses jambes, savoir, la droite sur la gauche; au lieu que quand on rapproche les genoux de l'os des îles gauche, on doit retourner l'enfant environ les trois quarts de sa poitrine. *Voyez la Pl. XIII. fig. 4.*

XVII. ACCOUCHEMENT.

L'enfant présente le côté droit, l'oreille droite appuyée sur l'os des îles gauche de sa mère, la hanche sur le droit, le dos en avant & le ventre en arrière. Voyez la Pl. XVI. fig. 5.

On connoît cette position à la grosseur & à la largeur de la poche formée par les membranes, qui sont fort peu tendues, & dans lesquelles on sent souvent une portion du cordon ombilical. La tumeur du ventre de la femme est large & plate. Pour connoître à fond la position de l'enfant, on doit introduire la main dans le vagin, pour s'assurer de quel côté sont sa tête, ses fesses, son dos & son ventre.

Lorsque son bras est situé à côté de sa tête, & qu'il ne s'oppose

point à l'extraction des pieds, on coule les doigts étendus de la main droite le long de ses côtes, de son ventre, de ses aînes, & ensuite sur ses parties, ses cuisses, ses genoux & ses jambes jusqu'à ses pieds; on place le pouce sous ses jarrets, pour rapprocher ses genoux de son ventre, & l'on extrait les pieds, comme je l'ai enseigné en parlant de l'Accouchement, dans lequel l'enfant présente le bras droit.

Si le bras empêchoit d'extraire les pieds, ou qu'on ne pût y atteindre, il faudroit l'accrocher avec l'index dans le pli du coude, voyez la même fig., & l'extraire, il serviroit de guide pour trouver les pieds.

XVIII. A C C O U C H E M E N T.

L'enfant présente le coude droit à l'orifice de la matrice, la tête appuyée sur l'os des îles gauche & les fesses sur le droit. Voyez la Pl. XVI. fig. 5.

On connoît le coude au pli que forme l'avant-bras, il ressemble pour tout le reste au genou, excepté qu'il est plus petit, plus pointu & plus inégal que le genou.

L'enfant a pour l'ordinaire une position transversale, lorsqu'il présente le coude, c'est-à-dire, qu'il a la tête appuyée sur l'un ou l'autre os des îles; mais quand même la tête seroit tournée vers le devant ou vers le derrière, l'on ne devoit pas dans ce cas-ci, non plus que dans l'autre, faire des tentatives inutiles pour faire rentrer le coude, pour les raisons que j'ai dites si souvent, mais au contraire former avec le doigt index de la main qui opère un crochet, qu'on place dans le pli du coude, & avec lequel on extrait le bras. On se conduit pour le reste, comme dans l'Accouchement précédent.

XIX. ACCOUCHEMENT.

L'enfant présente les deux genoux, le dos en arrière & le ventre en avant. Voyez la Pl. XVIII. fig. 4.

Lorsque l'enfant se présente de la sorte à l'orifice de la matrice, l'on doit d'abord s'assurer, si ce sont ses genoux ou ses coudes; car dans le premier cas, si toutes les autres circonstances sont favorables, & que l'enfant soit bien situé, je veux dire, s'il a le ventre tourné en arrière, on peut abandonner cet Accouchement à la nature, jusqu'à ce que les genoux sortent davantage; au lieu que lorsqu'il présente le coude, on doit chercher ses pieds, & on ne doit, pour cet effet, pas trop temporiser, pour ne pas s'exposer à l'écoulement total des eaux.

Les genoux sont moins pointus que les coudes, & on les connoît à la mobilité de la rotule. On sent en outre d'un côté les cuisses & de l'autre les jambes, & lorsqu'on avance le doigt un peu plus haut, on rencontre les pieds ou les parties naturelles de l'enfant.

Lorsque l'enfant présente les genoux, l'on doit se rappeler les quatre positions qu'il peut avoir, à cause que lorsqu'on l'extraît par les pieds, & qu'il a le ventre autrement tourné que du côté de l'os sacrum de la mère, on doit commencer par croiser ses jambes, pour le placer plus aisément sur son ventre.

Lorsque les genoux sont si fort avancés dans la cavité du bassin, qu'on ne peut aisément extraire les pieds, on les laisse avancer jusqu'à ce qu'ils sortent d'eux-mêmes hors du vagin, car on aura encore assez du tems de reste, pour retourner l'enfant sur son ventre; mais lorsqu'on est assuré de la position dont il s'agit ici, avant que ses genoux descendent dans le pe-

tit bassin, il est plus prudent d'extraire les pieds, parce qu'on ignore l'obstacle qu'ils peuvent former au passage: il est du moins certain, que les pointes des talons & des orteils effleurent les parties molles du passage, sur-tout en passant sur le conduit urinaire; ce qui peut être suivi d'inflammation & de grandes incommodités pour la femme.

Pour extraire les pieds, lorsque les genoux sont fort avancés dans le petit bassin, on fait couler les doigts de l'une ou de l'autre main sous les jarrets, & ensuite sur le gras des jambes, en tenant le pouce, à l'opposite des autres cas, sur les genoux; ou si les pieds regardent le devant & les genoux le derrière du bassin, on pose le pouce sur les pieds & non sur les genoux, & l'on extrait les premiers de biais à côté de l'os ischion: lors cependant qu'on s'avise d'extraire les pieds, avant que les genoux soient descendus dans la capacité du petit bassin, on se conduira de même que dans l'Accouchement par les pieds, en faisant toujours attention au cordon ombilical.

C H A P I T R E I I I .

Des Accouchemens contre-nature, dans lesquels l'enfant présente la tête.

ON ne doit pas s'imaginer, lorsqu'un enfant présente la tête, que l'Accouchement soit toujours facile & naturel, vu qu'il y a plusieurs cas, dans lesquels la nature ne peut agir sans le secours de l'art, si ce n'est dans certaines circonstances, qui sont cependant aussi dangereuses pour la mère, que funestes pour son enfant.

Je ne dis rien ici de la tête, qui, après que le corps est sorti, prend une mauvaise position, parce que j'ai traité de ceci séparément dans chaque article particulier; mais de celle, qui, au commencement du travail, se présente au passage, de façon qu'elle ne peut sortir la première, si ce n'est dans quelques circonstances particulières.

J'ai dit ci-devant, que suivant la règle générale de la nature, l'enfant naît la tête la première, quoique cette partie puisse s'engager en différentes manières dans le petit bassin: 1.^o comme je l'ai dit en traitant de l'Accouchement naturel, savoir, l'occiput tourné du côté des os pubis. 2.^o La face tournée vers ces mêmes os & l'occiput du côté de l'os sacrum, opposée à la première position. 3.^o La face regardant l'un des côtés du petit bassin & formant une position transversale. 4.^o La face en bas, l'occiput en haut, de manière que la fontanelle réponde à l'os sacrum. 5.^o A plat sur le vertex, de manière que l'occiput regarde la symphise du pubis, le front, la saillie de l'os sacrum & la fontanelle en bas.

Toutes ces positions peuvent également avoir lieu, soit que l'enfant soit vivant, soit qu'il soit mort. Comme dans ce dernier cas, la grosseur de la tête diminue, les douleurs la font avancer; ce qui est avantageux d'un côté & nuisible de l'autre, parce qu'on ne peut pas si commodément appliquer les instrumens, tels que le levier, le forceps, &c. Lors au contraire que la tête d'un enfant vivant est petite & le bassin de la femme grand & spacieux, elle sort peu à peu à l'aide des douleurs, & presque sans aucun secours. Lorsque la tête & le bassin ont la même proportion, la première ne peut sortir comme dans le premier cas, & la raison en est, que son grand diamètre se trouve sur le petit du bassin, & exige par conséquent le ministère de la main.

Le principal objet qu'on doit avoir en vue dans ce cas-ci, est de s'assurer entièrement de la position de la tête de l'enfant, de réfléchir sur sa grosseur & sur celle du détroit osseux par lequel il doit passer. C'est une attention que j'ai plusieurs fois recommandée. On ne doit jamais, lorsqu'on touche une femme en travail, retirer la main du vagin, ni s'expliquer sur la position de l'enfant, qu'on ne soit pleinement assuré de celle-ci & de toutes les autres circonstances, qui regardent l'Accouchement.

Pour pouvoir distinguer à fond les parties que l'on touche, il ne suffit pas d'en avoir une connoissance superficielle, elle doit être parfaite & fondamentale. Il ne suffit pas non plus de savoir distinguer la tête du bras, & de s'en tenir-là, lorsqu'on s'aperçoit que la première se présente au passage, ainsi que le font la plupart des Sages-femmes; car si on l'abandonne à ce point, l'on commettra des fautes inexcusables & les méprises les plus grossières. On doit connoître au fond toutes les parties qui composent le corps de l'enfant, afin de pouvoir les distinguer au toucher, & comme l'on dit, *avec les yeux fermés*; car lorsqu'on s'imagine que la tête est bien située, parce qu'on sent sa rondité & qu'on s'en rapporte à la nature, il survient quelquefois un Accouchement laborieux & dangereux avant qu'on soit revenu de sa méprise, ainsi que je l'ai dit fort au long dans le Chapitre, où je traite du toucher. Je vais maintenant indiquer les signes auxquels on peut distinguer les parties & la position de la tête de l'enfant.

On connoît la position de la tête de l'enfant, en partie & principalement au crâne, & en partie au visage; le crâne, à sa forme ronde, à la dureté des os qui le composent, au peu d'épaisseur des tégumens qui le couvrent, aux futures mem-

braneuses qui lient ses os, & à la fontanelle. On connoît les yeux à leur rotondité & aux orbites dans lesquelles ils sont placés ; le nez, à son éminence, qui est en partie osseuse & en partie charnue ; la bouche, à son ouverture transversale, aux lèvres, à la dureté des gencives & à la place qu'elle occupe entre le nez & le menton. Ce dernier, à son angle obtus & à ce qu'il est placé entre la bouche & le cou. Les oreilles, à leurs petits lobes, à leur conque extérieure & à leur éminence, qui est proche des tempes. Lorsqu'on connoît en outre leur forme extérieure, on distingue, en les touchant, la droite de la gauche, comme je le dirai dans la suite.

Ce sont-là les marques générales auxquelles on connoît les parties qui composent la tête de l'enfant, & je traiterai de chacune en particulier à chaque Accouchement.

I. ACCOUCHEMENT.

L'enfant présente la tête au passage, le vertex en avant, l'occiput regarde la symphise de l'os pubis de la mère & la face le sacrum, voyez la Pl. XIX. fig. 1., avec le cordon hors du vagin.

Lorsque l'enfant se présente de cette manière, on regarde cet Accouchement comme le plus naturel & le plus facile, parce que la nature, lorsque toutes les autres circonstances sont favorables, le termine sans le secours de qui que ce soit.

On connoît cette position naturelle aux signes suivans : 1.^o Le ventre de la femme est rond & uni. 2.^o L'orifice de la matrice est par-tout également rond, voyez la Pl. VI. fig. 2, & s'ouvre de plus en plus à chaque accès de douleur.

3.^o L'eau forme une poche unie, ronde & dure, *fig. 3 & 4*; mais pour l'ordinaire moins grosse que celle que forme le siège de l'enfant. 4.^o Lorsque les eaux percent, il n'en sort qu'une grande tasse à thé, & plus rien après, à moins que la longueur du travail les fassent échapper insensiblement. 5.^o Dès que les membranes sont déchirées, on sent la tête de l'enfant à nu, & on la connoît à sa rotondité pointue & dure, & aux cheveux dont elle est couverte; à la fontanelle qui est encore ouverte & tournée du côté de l'os sacrum; à la future coronale, qui s'étend de chaque côté vers les oreilles; à la future sagittale, qui s'étend depuis la fontanelle jusqu'à la lambdoïde ou l'occiput, & enfin à cette dernière future. Il faut toucher cette dernière avec beaucoup de précaution, car il arrive quelquefois que l'endroit où la future sagittale aboutit à la lambdoïde, est encore ouvert, & forme une seconde fontanelle, laquelle, si l'on ne la touchoit que superficiellement & sans attention, on la confondroit très-aisément avec la vraie, en s'imaginant que la face est située en avant, & on pourroit par conséquent manœuvrer à contre-sens. Cette ouverture est ordinairement triangulaire, & la future lambdoïde descend de deux côtés obliquement, au lieu que la vraie fontanelle a la forme d'une losange.

En sixième & septième lieu, la tête de l'enfant s'allonge de plus en plus à mesure qu'elle avance, & dès-lors, la fontanelle & les futures disparaissent au point, qu'on ne les sent plus.

Lorsqu'on apperçoit tous les signes dont je viens de parler, on ne doit plus douter de la position naturelle de l'enfant, ni de la facilité de l'Accouchement, lors sur-tout qu'il ne survient aucun accident ni de la part de la mère, ni de celle de

de l'enfant, & l'on n'a plus autre chose à faire, que ce que j'ai enseigné dans l'endroit où je traite de l'Accouchement naturel.

J'ai ajouté à la figure le cordon ombilical hors du vagin, mais on ne doit pas confondre ce cas avec l'Accouchement naturel, & par conséquent y faire l'attention requise. Ceci concerne les défauts du cordon, sur quoi l'on peut voir ce que j'en dis, pag. 265, à l'égard des Accouchemens laborieux.

II. ACCOUCHEMENT.

L'enfant présente le vertex, la face regarde la symphise des os pubis de la mère, & l'occiput le sacrum. Voyez la Pl. XIX. fig. 2.

Les signes de cette position sont presque tous opposés aux précédens, & on la connoît par les suivans: 1.^o Les douleurs font avancer plus lentement la tête de l'enfant. 2.^o La fontanelle n'est plus du côté de l'os sacrum, mais de celui des os pubis. 3.^o Comme les os du crâne, en se rapprochant, ont fermé la fontanelle, & qu'on ne la sent plus, l'on doit couler la main le long de l'os sacrum, pour voir si le visage ou l'occiput ne sont point de ce côté-là. Dans le cas où l'on sent les orbites sous les os pubis, on est encore plus assuré de cette position.

Cet Accouchement est pour l'ordinaire long & laborieux; mais la nature peut cependant le terminer seule. Il est vrai que le visage de l'enfant est un peu contusé & bleuâtre, sur-tout son nez & ses paupières, parce qu'il porte sur les os pubis de la mère; mais on remédie aisément à cet accident, en appliquant dessus du vin chaud.

Quelques-uns veulent, pour prévenir cette contusion, que

l'on coule les doigts entre le visage de l'enfant & les os pubis de la mère, mais la chose est difficile & qui plus est, inutile.

III. ACCOUCHEMENT.

L'enfant présente le vertex, la face tournée du côté de l'os des îles droit de la mère, & le cordon entortillé autour de son cou & de son bras droit. Voyez la Pl. XIX. fig. 3.

Lorsque dans ce cas-ci l'on est appelé à tems chez la femme en travail, on peut non-seulement s'assurer de cette position, mais encore la délivrer promptement & heureusement; mais on ne s'apperçoit pour l'ordinaire de cette position contre-nature, que lorsqu'il est trop tard, & pour lors on trouve les obstacles les plus fâcheux, qu'on puisse rencontrer dans les Accouchemens.

Lorsque le vertex reste engagé dans le détroit supérieur du petit bassin, il suffit de toucher les futures de la manière que j'ai dit ci-dessus, pour être pleinement convaincu de la position transversale de la tête de l'enfant; mais comme celle-ci est poussée avec son plus grand diamètre par le plus grand diamètre du détroit supérieur du bassin, & qu'elle ne rencontre par conséquent aucun obstacle à son passage, elle suit très-promptement les eaux & tombe dans la capacité du petit bassin; & ce n'est qu'alors que les obstacles pour le reste de l'Accouchement se manifestent. Ses épaules s'arrêtent alors, l'une sur la saillie de l'os sacrum & l'autre sur la symphise des os pubis; ou au cas qu'elles ne soient point fort larges & qu'elles franchissent aisément ce diamètre antérieur, il peut arriver, vu l'obliquité de la matrice, que son menton s'éloignant trop de

sa poitrine, son front & même son visage se présentent au détroit inférieur du petit bassin; & c'est alors que le plus grand diamètre de la tête de l'enfant répond au plus petit du détroit inférieur du petit bassin. Les signes de ce dernier cas, sont les mêmes que ceux dont j'ai parlé ci-dessus.

Dans le premier cas l'enfant peut vivre quelquefois cinq à six jours, parce que l'obstacle dépend uniquement des épaules, & que la tête n'est point comprimée; au lieu que dans le second cas, la tête se trouve non-seulement pressée, mais souvent enclavée.

Lorsqu'on connoît à tems cette position, que la tête de l'enfant est encore placée fort haut, & n'a pas encore franchi le détroit supérieur du petit bassin; ce qu'on peut faire de mieux pour obvier à tous ces désordres, est de placer avec la main droite l'occiput sur l'os des îles droit de la mère, pour que l'enfant présente le dos, & de terminer l'Accouchement par les pieds de la manière que j'ai enseigné dans cet article.

Les Sages-femmes ne font ordinairement appeller des Accoucheurs, que lorsque la tête de l'enfant est tombée dans la cavité du petit bassin, que ses épaules sont engagées, ou sa tête enclavée.

On tâche dans le premier cas d'introduire la main entre la tête de l'enfant & l'os sacrum ou pubis de la mère, ce côté étant le plus commode, pour faire avancer la main le long du petit diamètre de la tête jusqu'à l'épaule arrêtée, & la porter un peu de côté.

Il n'est pas absolument nécessaire d'amener entièrement l'épaule sur le diamètre transversal, il suffit de l'éloigner d'un

pouce de la faillie de l'os sacrum, ou de la symphise des os pubis, afin que les deux épaules se trouvent sur le diamètre oblique, après quoi on peut abandonner le reste de l'Accouchement à la nature; car si dans ce cas-ci, le menton de l'enfant n'est pas trop éloigné de sa poitrine, on ne trouvera pas plus d'obstacle, que dans l'Accouchement naturel.

Dans le cas où l'on ne peut éloigner ainsi les épaules de l'enfant de la faillie de l'os sacrum ou de la symphise des os pubis, on peut faire des essais avec le levier ou une branche du forceps, qu'on introduit jusqu'au dessus de l'épaule, pour la dégager. Si ce manuel ne réussit point encore, l'on se sert de tout le forceps, non point comme quelques-uns l'enseignent, qui est de poser une de ses branches sur le visage & l'autre sur l'occiput de l'enfant, mais on fera coucher la femme sur le côté gauche, les genoux bien élevés. On introduit ensuite les doigts de la main droite, le long de l'oreille de l'enfant, entre celle-ci & l'os pubis, dans l'orifice de la matrice. Si elle est tellement enclavée, qu'on ne puisse passer les doigts entre-deux, on introduit la main gauche entre l'os sacrum & la tête de l'enfant, & on l'élève autant qu'on peut, pour faire place aux doigts, & par conséquent au forceps. On prend ensuite une des branches d'un forceps droit, & on l'introduit de la main droite, en biaisant un peu du côté de la joue & du menton de l'enfant, & en dirigeant le manche vers le périnée, pour que sa pointe suive la direction de la courbure de l'os sacrum. Cela fait, on retire la main gauche, & faisant tenir le manche ferme, on introduit les doigts de la main droite entre la tête de l'enfant & l'os pubis, & de la gauche l'autre branche entre-deux, mais peu à peu, pour ne rien offenser, en tournant le mieux qu'on pourra le manche du côté du périnée. Après avoir placé les deux branches du

forceps, de façon qu'elles embrassent la tête de l'enfant, on les croise & on les ferre de la manière ordinaire. Après cela, on tire la tête à soi, en la balançant sur l'une & l'autre oreille. Lorsqu'elle est descendue au point qu'il faut, on lui fait décrire la ligne courbe, qu'elle décrit naturellement, pour que le front se trouve dans la cavité de l'os sacrum. Lorsque la tête n'avance point assez, on lie les deux branches, & comme le visage de l'enfant est alors tourné vers le dos de la mère, on retourne cette dernière sur son dos, & l'on fait faire un demi-tour à l'occiput, ce qui facilite la sortie de la tête.

Lorsque dans le second cas, le menton de l'enfant est extrêmement éloigné de sa poitrine, le forceps devient absolument inutile. On prend alors un levier ou une branche du forceps, au travers de laquelle on passe un lac, & on l'introduit du côté droit du bassin jusque sur l'occiput de l'enfant, de façon, que sa convexité se trouve dans le creux de l'instrument. On empoigne ensuite l'extrémité du levier de la main droite, & on la souleve, pendant qu'on tire le lac de la gauche, jusqu'à ce que l'occiput avance, que le menton se rapproche de sa poitrine, & qu'on puisse abandonner le reste à la nature.

Lorsque ce manuel ne réussit point, on introduit les doigts de la main gauche dans le vagin jusque sur le visage de l'enfant, & on les place de deux côtés de son nez. On pose le pouce sur le levier, que l'on dirige de la main droite, & on repousse de cette manière la face de l'enfant, pendant qu'on tire avec le levier l'occiput à soi. *Voyez la Pl. XX. fig. 6.*



I V. A C C O U C H E M E N T.

L'enfant présente la face sur le diamètre oblique du détroit supérieur du petit bassin, le dos en avant & le ventre en arrière. Voyez la Pl. XIX. fig. 4.

On connoît que l'enfant présente le visage à l'orifice de la matrice, à sa bouche, à son nez & à ses yeux; mais comme il peut se présenter de la sorte en quatre différens sens, & que chacune de ces positions exige un manuel différent, l'on doit s'en assurer en touchant toutes les parties de son visage, autrement l'on s'expose à ne rien faire qui vaille.

L'Accouchement dans lequel l'enfant présente le visage, est non-seulement dangereux pour lui, mais encore très-laborieux pour sa mère.

Il est dangereux pour l'enfant, parce que la tête étant penchée & portant sur son cou, elle comprime les vaisseaux sanguins au point, que le sang ne pouvant plus circuler, il meurt d'une apoplexie, pour peu que l'on tarde à l'extraire. Dans le cas où il naît vivant, soit par le secours de la nature, soit par le ministère de l'art, il est extrêmement foible, bleuâtre, meurtri & bouffi au visage. Il arrive même assez souvent, qu'une Sage-femme mal-adroite, voulant se servir de ses doigts, lui défigure le visage & la bouche, & offense tellement ses yeux, qu'il naît aveugle, sans qu'on puisse remédier à cet accident.

Ces fortes d'Accouchemens sont extrêmement laborieux pour les femmes, parce qu'il est rare, qu'ils se terminent avec le secours seul de la nature. On peut lui abandonner ceux,

dans lesquels le bassin est fort spacieux & la tête de l'enfant très-petite ; lorsque son front ne s'arrête que fort peu sur le bord des os pubis ; ce que l'on connoît aux yeux , qui se trouvent presque au milieu du bassin , de même qu'au menton , qui est appuyé sur la saillie de l'os sacrum ; lorsque cet obstacle est léger , à cause des circonstances susdites , & n'empêche point l'Accoucheur d'atteindre au menton , il suffit souvent de le soulever un peu , pour que le vertex se présente à l'orifice de la matrice , & pour rendre l'Accouchement naturel , plus prompt & plus favorable , que si on l'avoit abandonné à la nature.

Lorsqu'on ne peut faire reculer le menton , on avance les doigts sous sa poitrine , & on la souleve le plus que l'on peut , pendant qu'on baisse la tête avec l'autre main appliquée extérieurement au-dessus du pénil ; au moyen de quoi la tête se porte , si ce n'est pas totalement , du moins en partie , dans sa situation naturelle , & s'engage dans l'orifice de la matrice.

Lorsque la tête de l'enfant est si fortement engagée dans la cavité du petit bassin , qu'elle oppose un nouvel obstacle , à cause que le front s'étant avancé , son sommet s'arrête contre l'arcade des os pubis , l'on introduit les doigts de la main gauche dans l'orifice de la matrice , & l'on coule tout le long un levier à côté de la tête , & delà sur l'occiput , pour faire tomber ce dernier dans sa cavité. On baisse de la main droite l'occiput avec le levier , en même tems qu'on repousse le menton de la gauche , en soutenant l'instrument avec le pouce de cette dernière , pour ne point blesser l'urètre. *Voyez la Pl. XX. fig. 6.* En agissant de la sorte , on a non-seulement l'avantage de placer la tête de l'enfant dans une position naturelle , & de terminer promptement l'Accouchement , mais encore d'empêcher , lorsqu'il sort sur son visage , qu'il ne déchire le périnée de sa mère.

On emploie la même manœuvre, lorsque le menton de l'enfant s'arrête sur la symphise des os pubis, & son front sur la saillie de l'os sacrum; mais avec cette différence, qu'on place la femme le corps appuyé sur ses coudes & ses genoux, jusqu'à ce que la tête se présente comme il faut; après quoi on laisse agir la nature, & l'on fait remettre la femme sur le dos.

Si l'enfant est situé de manière qu'il ait le front du côté de l'un des os des îles & le menton de l'autre, on ne doit point s'en rapporter à la nature, mais soulever son visage, avec la paume de la main, au-dessus de l'os des îles, vers lequel son front est tourné, jusqu'à ce qu'il présente la poitrine à l'orifice de la matrice, & continuer comme je l'ai enseigné, en parlant de ces sortes de positions. On se sert de la main droite, lorsque le front est tourné du côté de l'os des îles droit, & de la gauche, lorsqu'il est tourné du côté opposé.

Lorsque la tête de l'enfant est une fois engagée dans la cavité du petit bassin, il est inutile de la soulever, & l'on ne peut plus l'extraire par les pieds. On doit dans ce cas se conduire comme dans le précédent; mais comme ses épaules peuvent s'arrêter sur la saillie de l'os sacrum & la symphise des os pubis, l'on est quelquefois obligé de couler & d'avancer la main le long de son oreille, pour pouvoir atteindre à son épaule, la pousser de côté & l'amener sur le diamètre oblique. On pourroit encore dans ce cas-ci, mais en agissant avec prudence, introduire l'index & le doigt du milieu dans la bouche de l'enfant, & profiter d'une douleur expulsive que la femme fait valoir, pour faciliter la sortie de la tête.

Lorsque la tête de l'enfant suit la route ordinaire, son menton repose sur sa poitrine, jusqu'à ce que la partie inférieure de l'occiput soit appuyée contre le bord supérieur de l'arcade des os pubis,

pubis, ou contre le périnée, lorsque sa face est tournée en haut, & en suivant de cette manière l'axe du bassin, le plus grand diamètre de sa tête franchit celui du bassin; & c'est ainsi que son menton ne s'éloigne de sa poitrine, qu'après que sa tête est entièrement sous l'arcade des os pubis. Il arrive le contraire, lorsque l'enfant présente le visage; car pour lors sa tête s'avance par son grand diamètre sur le petit du bassin.

V. ACCOUCHEMENT.

L'enfant présente le côté droit de sa tête, le vertex tourné vers l'os des îles gauche de sa mère, & l'épaule vers le droit. Voyez la fig. 5. de la Pl. XIX.

On connoît cette position de la tête à l'oreille droite, qui se présente en même tems à l'orifice de la matrice. Il suffit de connoître la configuration extérieure de cette dernière partie, pour s'assurer par le toucher de la position de toute la tête. On fait, par exemple, que l'oreille a la forme d'une coquille, dont la partie la plus grande & la plus saillante est au haut, & la plus petite en bas, la rondeur près de la tête, la cavité un peu en dehors & le lobe, qui est petit & lâche, au-dessous.

Un enfant qui présente l'oreille, peut avoir huit positions différentes, savoir, quatre pour chaque oreille: elles exigent toutes qu'on extraie l'enfant par les pieds, à moins, comme je l'ai dit plusieurs fois, qu'il ne soit extrêmement petit & le bassin spacieux.

On introduit, dans ce cas-ci, la main gauche dans la matrice, & la plaçant sous son oreille, on souleve sa tête au-dessus de

l'os des îles gauche autant qu'il le faut , pour qu'il présente l'épaule droite. On extrait ensuite son bras droit , & l'on se conduit pour le reste comme dans le cas où il présente le bras.

Si la tête est engagée en partie dans le détroit supérieur du petit bassin , & qu'on ne puisse la conduire sur l'os des îles , on attache de la main gauche un lac au pied de l'enfant , avec lequel on le tire d'une main , pendant qu'on souleve la tête de l'autre. *Voyez la Pl. XV. fig. 5.*

Si la tête de l'enfant , pour avoir négligé de le retourner à tems , se trouve entièrement dans la cavité du petit bassin , on prend un levier , & on s'en sert de même que dans le cas précédent.

VI. ACCOUCHEMENT.

L'enfant présente l'occiput , le vertex regarde le côté droit de l'os des îles droit de la mère & la nuque le côté gauche. Voyez la fig. 6. de la Pl. XIX.

Les signes qui indiquent que l'enfant présente l'occiput au passage , sont en général trompeurs. On s'imagine quelquefois que c'est le vertex qui se présente , parce qu'on sent une partie ronde , dure & unie ; mais en la touchant plus attentivement , on la distingue à sa largeur , à sa dureté & à sa rotondité ; à l'éloignement de la fontanelle , & en touchant les parties voisines , savoir , les oreilles , le cou , le dos , &c.

L'occiput peut , de même que les autres parties de la tête , avoir quatre positions différentes. Celle qu'on voit ici ou une toute opposée ; le vertex peut aussi être en avant ou en arrière.

On peut abandonner les deux derniers cas à la nature , lort-

qu'on ne voit aucun obstacle ni du côté de la mère, ni de celui de l'enfant; & si l'on en rencontre, il faut le surmonter avec le secours du levier & du forceps.

Les deux premiers cas exigent qu'on souleve l'occiput, & qu'on retourne l'enfant sur son dos; on se conduit ensuite de même que dans le cas où il se présente sur le dos.

VII. ACCOUCHEMENT.

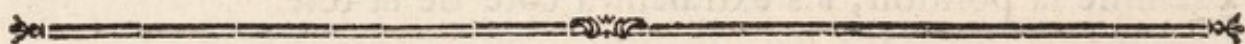
L'enfant présente la nuque & une partie de l'occiput, le vertex regarde l'os des îles droit de la mère, ses pieds sont placés sur ses épaules, & se présentent en même tems au passage. Voyez la Pl. XVIII. fig. 3.

Il est rare que l'enfant prenne lui-même cette position; elle provient pour l'ordinaire de la mal-adresse des Sages-femmes, qui, après l'avoir repoussé pour chercher les pieds, sans avoir examiné sa position, les extraient à côté de sa tête.

Lorsque l'enfant est dans une pareille position, l'on ne doit ni l'extraire par les pieds, ni soulever sa tête, non-seulement parce que ses pieds s'y opposent, mais encore parce que sa tête, par les fréquens tiraillemens que les pieds éprouvent, essuie une espèce d'enclavement dans le détroit supérieur du petit bassin; ce qui est cause que son corps forme une espèce de peloton. On doit, en pareil cas, commencer par soulever le pied, qui est du côté de l'os pubis de la mère, faire un peu avancer de la main droite sa tête sur l'os des îles droit, & extraire son bras gauche, pour atteindre plus aisément au pied gauche. Lorsqu'on ne le peut pas, à cause de la contraction violente

de la matrice, l'on attache de la main gauche un lac au pied gauche de l'enfant, que l'on tire de la main droite, pendant qu'on place le pouce sur son omoplate droite, l'index sur son épaule & les autres doigts sous ses aisselles, pour faire avancer le dos, & placer l'enfant sur le côté. Après avoir ainsi amené la jambe gauche dans la cavité du petit bassin, l'on coule les doigts de la main gauche le long & en dedans de cette même jambe, pour chercher l'autre, l'extraire & la placer à côté de la première. On les empoigne alors toutes les deux, le pouce sous le jarret, & on les tire, en approchant les genoux de l'os des îles droit, pour écarter les fesses du gauche; après quoi on termine l'Accouchement comme j'ai dit ci-dessus.

On rencontre souvent de très-grandes difficultés dans cet Accouchement; & c'est pourquoi que l'on doit prendre garde, en soulevant & repoussant une tête mal-située, de ne point tirer les pieds par-dessus les épaules de l'enfant. Le même cas arrive, lorsqu'on a l'imprudence de tirer les pieds le long de son dos par-dessus ses épaules.



C H A P I T R E I V .

Des instrumens dont on se sert aujourd'hui dans les Accouchemens.

L'Impossibilité dans laquelle l'on est d'extraire un enfant avec les mains, & les accidens effrayans auxquels les Accouchemens sont sujets, ont engagé depuis long-tems les Accoucheurs, qui s'intéressoient à l'humanité, à inventer différens instrumens, propres à seconder les opérations de la nature,

lorsque les moyens & les manuels, dont j'ai parlé ci-dessus, ne suffissent pas; mais c'est justement à cet égard, que la passion pour des nouvelles inventions a le plus trébuché. Le nombre des instrumens pour les Accouchemens s'est extrêmement accru; mais on a reconnu avec le tems, que leur usage est non-seulement dangereux, mais encore inutile, & qu'il est même impossible de s'en servir dans certains cas; & delà vient qu'ils ont inspiré dans la suite plus d'horreur, qu'ils n'ont procuré de l'honneur à ceux qui les ont inventés.

Je ne dirai rien ici de ces différens instrumens, vu que M. CRANZ en a donné la description dans une Dissertation imprimée à Nuremberg, intitulée: *De re instrumentaria in arte obstetricia*, 1757. in-4. J'indiquerai en peu de mots les cas dans lesquels on emploie les principaux instrumens, de même que la manière dont on doit s'en servir.

La même cause qui rend un Accouchement laborieux, lorsque l'enfant présente la tête, peut dans certains cas faire naître des obstacles que la nature ne peut surmonter sans un danger imminent pour la mère & pour son enfant, à moins que l'art & les instrumens qu'il emploie, ne viennent à son secours.

Les instrumens dont on se sert dans les Accouchemens, agissent de même que les mains, & on les emploie, lorsqu'on ne peut les terminer avec le secours de ces dernières.

L'usage de ces instrumens exige beaucoup de connoissance, d'expérience, de jugement & une décision juste, pour les appliquer. Lorsqu'on est une fois décidé à s'en servir, l'on ne doit plus hésiter, ni passer promptement de l'un à l'autre; ce qui est pour l'ordinaire nuisible à la mère & à l'enfant, parce que dans cet intervalle, l'occasion favorable dans laquelle on au-

roit pu terminer l'Accouchement, disparoît. Il est vrai que la nature opère souvent des prodiges, mais lorsqu'on s'en rapporte trop à elle, l'on éprouve souvent que la trop grande circonspection est suivie d'un déplaisir; car la conservation de la mère & de son enfant dépend souvent d'un moment de tems; une perte de sang violente, des convulsions, &c. emportent subitement la mère; un enclavement fait périr l'enfant, & l'application trop tardive de l'instrument détruit en outre la réputation de l'Accoucheur le plus expérimenté.

Les Sages-femmes doivent être très-attentives lorsqu'elles remarquent, que les eaux se sont écoulées depuis long-tems, que les douleurs commencent à diminuer, que la tête de l'enfant s'arrête, que la femme tombe en foiblesse, &c. & que tous secours sont inutiles, de demander un Accoucheur à tems, d'instruire le mari ou les parens de la femme du danger dont elle est menacée; elles doivent exhorter celle-ci peu à peu & de loin, sans l'épouvanter, à se soumettre au conseil & à l'administration de l'Accoucheur, en lui faisant sentir que sa conscience l'oblige à supporter patiemment une douleur passagère, puisqu'elle peut espérer de voir naître son enfant vivant. C'est de ces circonstances que dépendent le bon ou le mauvais succès des instrumens dont on se sert dans les Accouchemens.

Les instrumens, propres aux Accouchemens, sont émoussés ou pointus, & comme les mains méritent la préférence sur les instrumens obtus, de même ceux-ci la méritent-ils sur les pointus.

On compte parmi les instrumens émoussés, le levier de RECHBERGER, perfectionné par ROSELT, ou celui de BAUDÉLOCQUE; le forceps de LEVRET & le crochet émoussé de CAMPER ou de SMELLIE.

Le perforatoire de SMELLIE & ses crochets, font du nombre des instrumens pointus. On emploie les tranchans pour l'opération césarienne & la section de la symphise des os pubis.

ARTICLE I.

Du levier & de son usage.

Tous les Accoucheurs conviennent que le levier concave & fenêtré est d'une grande utilité dans l'Accouchement, lorsqu'il est dirigé par une main adroite & expérimentée; mais il est aussi constaté par l'expérience journalière, qu'il cause beaucoup de mal, lorsqu'il tombe dans de mauvaises mains, & qu'on s'en sert lorsque la tête de l'enfant n'est point enclavée. Il nuit à l'enfant dans ce dernier cas, parce qu'on lui fait prendre une position oblique, lors sur-tout qu'on ne fait pas s'en servir; & à la mère en ce que le point d'appui comprime si fort les os pubis, qu'il occasionne souvent des contusions, l'inflammation, la gangrène, une rétention ou écoulement involontaire de l'urine, & le déchirement du périnée, qui sont des accidens auxquels l'on ne sauroit trop obvier.

Tous les Accoucheurs connoissent le mécanisme du levier; je me dispenserai d'en donner la description & je me bornerai à enseigner son usage & à indiquer les cas dans lesquels l'on doit s'en servir.

On doit l'employer toutes les fois que la tête de l'enfant se trouve enclavée, soit que sa position soit bonne ou mauvaise, & que les douleurs ne peuvent la faire avancer, parce que cette partie est fort grosse & le bassin petit, & qu'elle est si enfoncée dans ce dernier, qu'on ne peut la soulever pour retourner l'enfant & l'extraire par les pieds.

On doit s'en servir encore, lorsque tout le corps de l'enfant étant sorti, on ne peut extraire sa tête avec les mains, comme aussi lorsqu'elle se détache du corps & qu'elle s'arrête dans la matrice ou dans le vagin.

Lorsque l'enfant présentant la tête, celle-ci ne se trouve point enclavée, mais si enfoncée dans le petit bassin, qu'on ne peut le retourner à cause du resserrement de la matrice, qui empêche de la soulever.

Lorsque les douleurs cessent totalement, & que la femme est menacée d'accidens qui peuvent lui causer la mort, tels qu'une hémorrhagie, les foibleesses, l'apoplexie, les convulsions, &c.

Lorsque le cordon ombilical s'est entortillé autour du cou ou de quelqu'autre partie du corps de l'enfant, ou qu'étant naturellement trop court, il empêche sa sortie.

Lorsque les épaules de l'enfant s'arrêtent sur la saillie de l'os sacrum & sur les os pubis; enfin dans tous les cas où l'on ne peut se servir des mains.

Pour appliquer le levier, on doit placer la femme, comme on le voit, *fig. 2 de la Pl. VII.*

On introduit l'index & le doigt du milieu de la main gauche, & même, en cas de besoin, toute la main bien graissée, dans le vagin & l'orifice de la matrice, & on les place si haut qu'on peut sur la tête de l'enfant sous la symphise des os pubis. On glisse sous ces doigts la partie convexe du levier, après l'avoir bien graissé de ce côté, & on place sa partie concave sur la tête, de manière, que l'extrémité inférieure du manche soit posée contre l'anus de la femme.

Après

Après s'être assuré que le levier est dans la matrice & posé à nu sur la tête de l'enfant, sans que la matrice soit pincée entre-deux, on remplit le reste de la vulve & le vagin d'un morceau d'éponge trempé dans de l'huile. On souleve ensuite la branche du levier, & on le pousse doucement sur la tête de l'enfant, jusqu'à que l'occiput tombe dans la cavité de cet instrument.

On prend ensuite de la main droite le manche ou l'extrémité inférieure du levier, de manière, que la paume de la main soit tournée en bas; on le souleve en tirant, & du premier coup la tête avance, pour l'ordinaire, plus avant dans la capacité du petit bassin, d'autant plus que ce manuel est secondé par les douleurs, qui pour lors sont plus fortes. Plus la tête avance au passage, plus on doit lever la branche inférieure du levier, jusqu'à ce qu'elle soit entièrement sortie; mais cela n'est cependant pas une règle générale, car lorsqu'on voit, que tous les symptômes, pour lesquels on se sert du levier, cessent, que les douleurs deviennent très-expulsives, & qu'en outre la femme peut les faire valoir, il suffit de dégager la tête, & on peut abandonner le reste à la nature. Si l'on est obligé de la faire sortir totalement avec le levier, on doit procéder lentement & par gradation, de crainte de déchirer le périnée.

Pour ne point offenser l'urètre & les autres parties voisines, on doit, indépendamment du morceau d'éponge dont j'ai parlé, appuyer le pouce de la main gauche sur le manche du levier pour diminuer sa pression sur ces parties, ou passer un lac dans la partie fenêtrée de l'instrument; ce qui non-seulement satisfait au même objet, mais augmente en même tems la force expulsive de l'instrument. *Voyez la Pl. XX. fig. 4, 5 & 6.*

On doit agir de même dans tous les autres cas ci-mention-

nés, par exemple, dans les positions obliques de la tête; &c. mais on observera que plus cette partie remplit la capacité du petit bassin, plus l'effet de cet instrument est certain.

A R T I C L E II.

De l'usage du forceps.

Outre les cas dont j'ai parlé à l'occasion du levier, il y en a d'autres qui obligent de se servir du forceps, lors, par exemple, que la tête de l'enfant est trop grosse à proportion du bassin de sa mère; qu'elle est affectée d'une hydrocéphale; que la matrice est déchirée ou affectée d'une inflammation, ou qu'une maladie de poitrine empêche la femme de faire valoir ses douleurs &c. On peut en général dans les cas urgens, terminer plus promptement l'Accouchement avec le forceps, qu'avec le levier.

Pour appliquer le forceps, on doit se conduire de la manière suivante: supposé que la tête de l'enfant soit enclavée & dans la position la plus favorable & la plus naturelle (j'ai parlé des signes qui indiquent l'enclavement de cette partie, dans le Chapitre des Accouchemens laborieux) on introduit d'abord deux doigts de la main droite sous le bord latéral & inférieur gauche de l'orifice de la matrice, supposé qu'on puisse y atteindre, si non, le plus haut qu'il est possible sur & à côté de la tête de l'enfant; & de la main gauche on insinue la branche mâle ou celle qui porte le pivot, le long de la première, jusqu'à ce que sa partie arrondie ou convexe se trouve dans sa paume, voyez la Pl. XX. fig. 1, & l'on continue ainsi à la pousser plus haut, jusqu'à qu'elle soit placée entre la tête de l'enfant & la main, afin que son extrémité se trouve aux environs & même au-delà de l'angle de la mâchoire inférieure & près ou sur les joues, comme on le voit, Pl. XX. fig. 2, 4 & 5. Il faut que la cuillier

exerce sa plus grande force sur la tête de l'enfant, & non sur le vagin ou l'orifice de la matrice de sa mère; & si cette dernière pousse un cri, c'est un signe qu'on comprime ce dernier. On retire alors un peu la branche de l'instrument, & on tâche de l'insinuer de nouveau entre la tête de l'enfant & l'orifice de la matrice. On dirige cette branche du côté de la lèvre gauche de la vulve, & on la fait tenir par une aide.

Cela fait, on introduit les doigts de l'autre main dans le vagin, entre la tête & le côté droit du bassin, pour guider la cuillier ou la branche femelle, qu'on insinue avec la droite. A mesure qu'elle pénètre, on abaisse convenablement l'extrémité inférieure, & on l'écarte de la cuisse gauche de la femme, de manière, que l'ouverture de cette branche puisse recevoir convenablement le pivot de la première.

On serre alors ces deux branches, & on les fixe dans cet état, en faisant faire un demi-tour au pivot. On saisit ensuite le forceps des deux mains, les dos de celles-ci tournés en haut, la main gauche placée au-dessus de la jonction des branches près de la vulve de la femme & la droite à son extrémité, ainsi qu'on le voit, *fig. 2.* Cette position prise, on serre les branches, prenant garde de ne point pincer la peau ni les poils de la vulve, pour éviter les douleurs qu'on pourroit causer par cette mal-adresse. On tire alors à soi très-doucement & sans violence, pour aider simplement la nature & seconder les douleurs expulsives, en vacillant & portant l'extrémité du forceps vers l'une & l'autre cuisse de la femme, pour dégager insensiblement la tête enclavée & l'extraire, non pas d'un seul coup, mais par intervalles, non-seulement pour prévenir le déchirement du périnée, mais afin que la matrice ait le tems de se contracter, la femme celui de respirer & d'empêcher que son courage ne succombe. On relève ensuite l'extrémité inférieure du forceps par gradation vers le ven-

tre de la femme, à mesure que la tête de l'enfant avance, pour lui faire décrire, comme dans l'Accouchement naturel, une ligne courbe, c'est-à-dire, celle de l'axe du bassin. Quand elle est descendue au point de distendre le périnée, on soutient celui-ci d'une main, pour empêcher qu'il ne se déchire, pendant qu'on tire de l'autre l'instrument. Après que la tête est sortie, on retire le forceps, & l'on termine l'Accouchement avec les mains.

On doit avoir l'attention d'introduire le forceps aussi avant qu'il le faut, pour saisir entièrement la tête. Il est vrai qu'on peut y faire quelques contusions, mais elles sont si légères, qu'il suffit d'appliquer dessus une compresse trempée dans du vin pour les guérir. Il n'en est pas de même, lorsqu'on ne la saisit pas bien, parce que le forceps peut alors glisser sur les tempes, & les enfoncer, ou du moins y faire une contusion.

On n'éprouve cependant pas toujours le même succès dans ces sortes d'Accouchemens; il se présente souvent des cas, dans lesquels l'Accoucheur le plus expérimenté ne peut venir à bout de les terminer ni avec le forceps, ni avec le levier, de sorte qu'il ne lui reste d'autre ressource, que de perforer la tête de l'enfant, & d'enlever le cerveau. J'en parlerai plus amplement dans le Volume suivant, qui regarde uniquement les Accouchemens qui doivent être terminés avec les instrumens.

A R T I C L E I I I.

De l'usage du crochet émouffé.

Parmi les crochets qu'on emploie dans les Accouchemens, celui à tige & à manche droit, est le plus commode dont on puisse se servir, les autres espèces, & sur-tout le double, ne valent rien; & il y a même des cas, dans lesquels il est impossible de l'appliquer.

On emploie le crochet émouffé, lorsque les fesses de l'enfant se trouvent enclavées, & qu'on ne peut les extraire, ni avec les mains, ni avec le forceps. Le cas est plus rare qu'on s'en serve pour extraire l'épaule enclavée.

Lorsque les fesses de l'enfant se présentent assez avant pour pouvoir y atteindre avec la main, & qu'on ne peut les extraire, on introduit quelques doigts dans le vagin, le long desquels on coule un crochet de biais sur la hanche de l'enfant, jusqu'à ce que sa courbure se trouve dans son aîne, & l'on profite du tems que la femme fait valoir ses douleurs, pour le tirer par gradation, en prenant garde autant qu'on le peut, de ne point déchirer le périnée. Lorsque les fesses sont assez avancées pour pouvoir placer l'index des deux mains dans les aînes, on retire le crochet & l'on continue d'agir, ainsi que j'ai dit qu'on doit le faire, lorsque l'enfant se présente en double. *Voyez la Pl. XII. fig. 4.*

Lorsque les fesses de l'enfant sont enclavées au point, qu'on ne peut les extraire avec un seul crochet, on en introduit un second de l'autre côté, & de la même manière que j'ai dit ci-dessus, & les tirant tous les deux alternativement, on termine l'Accouchement.

On extrait de même les épaules lorsqu'elles s'arrêtent, après que la tête de l'enfant est sortie, & qu'on ne peut le faire avec les doigts.

On peut aussi se servir du crochet émouffé pour extraire un bras ou une jambe, lorsqu'on ne peut y atteindre avec la main. Les autres cas, dans lesquels cet instrument est convenable, regardent les enfans morts, comme on va le voir dans le Chapitre suivant.

CHAPITRE V.

De la manière d'ouvrir le crâne pour le vider & le diminuer.

Lorsque la grosseur de la tête de l'enfant surpasse tellement les dimensions du bassin de la mère, qu'on ne peut la faire avancer ni avec la main, ni avec les lacs, ni avec le forceps, ni avec le levier; qu'on ne peut se servir du forceps, à cause que le bassin est trop étroit, ou que les parties naturelles de la mère sont enflammées au point qu'on courroit risque, en l'employant, de les déchirer, il ne reste d'autre ressource que de vider le crâne de l'enfant, & si ce dernier est vivant, employer la section de la symphise des os pubis, ou l'opération césarienne.

Si la mère est en état de supporter l'une ou l'autre de ces opérations, si l'enfant est encore vivant, que doit-on faire? c'est à l'Accoucheur à répondre à cette question, ce qu'il ne fait qu'en tremblant. Doit-on sacrifier la mère à son enfant ou celui-ci à sa mère? L'opération césarienne est sûre pour l'enfant, incertaine & très-dangereuse pour la mère. On tue infailliblement l'enfant, en lui enlevant les cerveaux, & l'on sauve la mère par cette horrible opération. Si l'on abandonne le cas à la nature, la mère meurt infailliblement, mais à petit feu, & il est rare que l'enfant lui survive.

Je laisse aux Théologiens, aux Jurisconsultes & aux Moralistes à décider ce cas. Un Accoucheur qui a l'âme droite, ne plongera jamais un fer homicide dans le corps d'un enfant

vivant, mais il emploiera avec intrépidité l'opération césarienne ou la section de la symphise du pubis, lorsque la mère & son enfant sont encore vivans, & que tous les autres moyens lui ont été inutiles.

On ne vuide le crâne que dans le cas où l'enfant est mort, & que sa tête, s'étant séparée du tronc, est trop grosse, pour pouvoir l'extraire autrement.

Lorsqu'on a des preuves certaines de la mort de l'enfant, on ne doit plus hésiter de lui enlever le cerveau. Le perce-crâne ou les ciseaux de SMELLIE, est celui qui me paroît le plus propre pour cette opération. On coule cet instrument le long des doigts de la main gauche, qu'on a introduits jusque sur la fontanelle, ou sur une des sutures du crâne, & on l'enfonce par la pointe jusqu'au bouton. On ouvre ensuite les ciseaux, & on dilate la plaie autant qu'on le juge nécessaire. On enlève le cerveau & les fragmens d'os, au moyen de quoi, la tête se trouve beaucoup diminuée. Cette pratique est simple & réduit tous les instrumens, dont on a besoin, à une paire de ciseaux, dont un Accoucheur doit être muni, pour couper le cordon ombilical.

Il y a différentes manières d'ouvrir le crâne pour extraire ensuite la tête avec le crochet, & l'on a inventé pour cet effet plusieurs instrumens, dont on peut aisément se passer. Une simple paire de ciseaux & ensuite les doigts pour enlever le cerveau & les os pariétaux, suffisent. La chose est plus facile qu'on ne se l'imagine, de sorte qu'on peut se passer de tous les autres instrumens. Les ciseaux de SMELLIE & le crochet émoussé à simple tige, sont les seuls dont un Accoucheur ait besoin, & il peut s'en servir dans tous les cas semblables.

Si après avoir ainsi évacué le crâne, & par conséquent di-

minué la tête de l'enfant, l'on s'apperçoit que le forceps & le levier ne produisent pas leur effet, faute d'appui, on se servira alors du crochet, comme aussi lorsque la tête s'est séparée du tronc, & que ce dernier reste dans la matrice, & qu'on ne peut l'extraire ni avec les mains, ni avec le forceps. Il en est de même lorsque deux enfans sont collés ensemble, & qu'on ne peut les extraire sans les mutiler.

Voici les regles qu'on doit observer lorsqu'on se sert du crochet : 1.^o On doit faire prendre à la femme la même position, que dans l'Accouchement contre-nature. 2.^o Cacher à ceux qui sont présens & sur-tout à la femme, les instrumens dont on se sert. 3.^o Introduire, après avoir diminué la tête, les doigts aussi avant qu'on le peut dans le vagin, entre la tête de l'enfant & la matrice, couler ensuite le crochet, en tournant la pointe du côté de la tête, entre celle-ci & la main, & l'enfoncer dans l'endroit où les doigts sont placés. Cela fait, on retire la main hors du vagin, & on empoigne avec celle-ci le manche du crochet. On introduit la main gauche dans le vagin de l'autre côté de la tête & si haut, qu'elle soit de niveau avec la pointe du crochet. On tire ensuite avec la main droite le crochet, en appuyant toujours la gauche contre la tête de l'enfant, pour voir si elle fuit, & si le crochet ne glisse point en déchirant, afin d'empêcher, lorsque cela arrive, qu'il ne blesse la mère, en le dirigeant sur la main qu'on a introduite. Lorsque le visage se présente, on peut enfoncer le crochet dans l'orbite &c. Lorsqu'on emploie deux crochets, on doit placer le second à l'opposite du premier & l'enfoncer de la même manière.

Il arrive quelquefois, que la tête, après qu'on l'a rapetissée, reste encore tellement enclavée dans le bassin, quoique ce dernier soit naturellement spacieux & bien conformé, qu'on a
toutes

toutes les peines du monde à l'en tirer, & que les contusions que l'on cause aux parties internes de la femme, sont suivies d'une fièvre violente, d'une inflammation, d'une gangrène & de la mort. Pour prévenir tous ces accidens, on doit agir très-prudemment avec ces instrumens & les bien conduire, en ne formant jamais d'autre appui, que sur la tête de l'enfant, & sur la main qui est dans le vagin.

C H A P I T R E V I.

De la manière de diminuer le volume de la poitrine d'un enfant.

Lorsqu'un gros enfant vient à mourir avant que de naître, & s'engage si avant par la poitrine ou le dos dans la cavité du petit bassin, que l'on ne peut atteindre à ses pieds pour le retourner & l'extraire, on doit le rapetisser, en lui enlevant les entrailles.

Il est rare que l'on pratique cette opération, si ce n'est dans les cas où l'on est assuré que l'enfant est mort, & qu'on ne peut le retourner; qu'il est contrefait, qu'il y a deux jumeaux collés ensemble; car lorsque l'enfant est vivant, l'on peut quelquefois l'extraire par le moyen de l'opération césarienne, sans lui ôter la vie.

Comme ce cas-ci est de la plus grande conséquence, & que l'enfant peut vivre long-tems dans cette position, on doit, avant d'en venir à cette opération, se rappeler les signes que j'ai indiqués, pour distinguer s'il est vivant ou mort.

Voici la manière dont on vuide la poitrine avec le perfora-
III. Partie.

C c c

tif: on introduit la main gauche par le vagin jusqu'à l'endroit de la poitrine, qu'on veut percer, & c'est à côté & joignant le sternum qu'on peut perforer le plus aisément les côtes. On conduit alors l'instrument de la main droite le long des doigts de la gauche, jusqu'à qu'on découvre l'endroit où l'on a posé les doigts, en agissant avec circonspection, afin que la pointe n'échappe point aux doigts. Lorsqu'on est assuré, que la pointe de l'instrument se trouve placée sur la poitrine & les côtes de l'enfant, on le plonge entre les côtes dans la poitrine, & en ouvrant les ciseaux, on dilate l'incision le plus que l'on peut. On en fait une seconde un peu plus bas; après quoi, retirant les ciseaux & la main gauche hors du vagin, on introduit la droite entre les deux incisions, pour rompre & détacher les côtes & les extraire. Lorsqu'on s'est frayé une ouverture suffisante pour y passer la main, on introduit cette dernière dans la cavité de la poitrine, pour en tirer les viscères. On perce le diaphragme avec les doigts, ou si cela ne se peut, avec les ciseaux, & l'on extrait ceux du bas-ventre.

Après avoir ainsi diminué la capacité de la poitrine, on a assez de place pour trouver les pieds de l'enfant, le retourner & l'extraire avec facilité.

Lorsque l'enfant a un ou les deux bras fort enflés & placés à côté de la poitrine, & qu'ils empêchent de le retourner, il faut avant de venir à l'opération dont je viens de parler, les tordre dans l'articulation de l'épaule, de la manière que j'ai dit ci-devant.



C H A P I T R E V I I.

De la manière d'extraire la tête de l'enfant séparée du tronc & retenue dans le sein de la mère.

LA tête d'un enfant ne se sépare jamais du tronc, que par imprudence, par mal-adresse, ou lorsqu'un bon Accoucheur étant appelé trop tard, ne peut faire le moindre effort sans qu'elle se sépare, à cause de ceux qu'on a employés avant son arrivée. Cet accident a lieu : 1.^o lorsque l'enfant a la tête fort grosse, ou que le bassin de la mère est étroit, & qu'après l'avoir retourné, on tire son corps avec trop de force. 2.^o Lorsque la tête, sans être trop grosse, se sépare des vertèbres du cou, par un effet de la corruption qui s'en est emparée. 3.^o Lorsque l'enfant est dans une position contre-nature, je veux dire, qu'ayant le visage tourné en avant, son menton s'arrête sur le bord des os pubis. 4.^o Qu'on tire avec violence la tête de l'enfant le long du petit diamètre de l'entrée du petit bassin, les bras placés sur ses côtés. 5.^o Qu'ayant extrait les deux bras, le cou de l'enfant s'enclave dans l'orifice de la matrice, & qu'on s'efforce de l'extraire. 6.^o Cette séparation de la tête peut enfin avoir lieu, lorsque ne, voulant point s'en rapporter à la nature, & en vouloir savoir plus qu'elle, on veut extraire l'enfant précipitamment ; il arrive delà que les parties qui doivent être passives dans l'Accouchement, deviennent actives & agissent avec beaucoup de force sur l'enfant, l'étranglent en lui ferrant le cou.

J'ai enseigné fort au long dans le Chapitre sur l'Accouchement par les pieds, comment on doit se conduire, pour pré-

venir le décollement de l'enfant; celui-ci n'a rapport qu'à la manière d'extraire une tête séparée du tronc.

La tête de l'enfant, après s'être séparée de son tronc, peut encore être totalement enfermée dans la cavité de la matrice, ou si fort avancée, qu'elle occupe la capacité du petit bassin. Elle peut être tout-à-fait ou en partie séparée des vertèbres du cou; & ce dernier cas est plus ordinaire que le premier: on connoît toutes ces circonstances par le toucher.

Les Auteurs ne sont point d'accord sur la conduite que l'Accoucheur doit tenir dans un pareil cas. Les uns veulent qu'on laisse à la nature le soin d'expulser la tête, les autres, plus prudents, exigent au contraire qu'on observe les règles suivantes.

Lorsque la tête décollée de l'enfant se trouve dans la matrice, les douleurs les plus violentes ne sauroient la faire avancer, tant que son grand diamètre s'arrête sur le petit du détroit supérieur du petit bassin, parce qu'elle ne prend point une figure conique en présentant le vertex, ainsi qu'elle fait, lorsqu'elle est dans sa position naturelle.

Lorsqu'elle est une fois dans la cavité du petit bassin, elle s'avance sur son plus grand diamètre, & elle en peut sortir avec le secours de la nature; mais il n'est pas prudent dans le premier cas, & pas souvent dans le second, de s'en rapporter entièrement à elle; il vaut mieux mettre sur le champ la main à l'œuvre, & délivrer la femme, mais sans violence, parce qu'elle feroit infiniment plus dangereuse que le séjour de la tête, quelque long qu'il fut, mais peu à peu & par gradation, jusqu'à ce qu'on soit nécessairement obligé de se servir d'instrument.

Si la tête est encore dans la matrice, on introduira deux

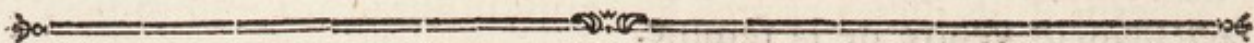
doigts dans sa bouche, & le pouce dans le grand trou occipital; & au cas qu'il y ait encore des vertèbres, on la saisira sous le menton, pour la tirer dans la direction du diamètre oblique de l'entrée du petit bassin, pendant qu'on soutiendra de l'autre main le ventre de la femme.

Cette manœuvre réussit, lorsque la tête n'est pas d'une grosseur à empêcher qu'on l'empoigne, qu'elle ne roule pas comme une boule du haut en bas ou d'un côté à l'autre; que l'occiput soit privé des vertèbres du cou, & qu'elle n'est point corrompue au point, que la mâchoire inférieure se détache. Lorsque cela arrive, on la saisit avec un crochet par la fontanelle, une orbite, le nez, & on l'extraît partie avec la main & partie avec ce dernier instrument, pendant qu'un aide soutient le ventre de la femme, & que celle-ci fait valoir ses douleurs.

Au cas qu'on ne réussisse point, & que la tête soit trop grosse pour pouvoir entrer dans la cavité du petit bassin, on essaie de la tourner de façon, qu'elle présente le vertex. On la fait tenir dans cet état, en appuyant la main sur le ventre de la mère, & on enfonce, comme je l'ai dit ci-dessus, le perce-crâne dans la fontanelle ou les sutures, pour enlever le cerveau & diminuer son volume.

La plupart des Ecrivains, tant anciens que modernes, s'inquiètent très-fort à l'égard du décollement de l'enfant, lorsque la tête reste dans le sein de la mère, comme si ce cas étoit le plus fâcheux qu'on puisse trouver dans les Accouchemens laborieux; & c'est la raison pour laquelle ils se sont appliqués à inventer un grand nombre d'instrumens, qui servent plus à orner leurs cabinets, qu'ils ne sont utiles. A quoi bon tant de soucis? si la tête est trop grosse pour pouvoir l'extraire,

il ne faut que diminuer son volume autant qu'il le faut, ménager la mère & aller son train, pourvu qu'on agisse avec prudence.



CHAPITRE VII.

De la manière d'extraire le tronc, après avoir arraché la tête.

Ce cas est fort rare, mais on a tout lieu de s'effrayer, lorsque la tête se sépare du tronc, & que ce dernier s'arrête dans la cavité du bassin. Il a lieu pour l'ordinaire, lorsqu'on tire mal-adroitement & avec violence, la tête de l'enfant; que son corps est extrêmement gros & pourri; que ses épaules s'arrêtent d'un côté sur la saillie de l'os sacrum & de l'autre sur la symphise des os pubis. Lorsque l'enfant a une hydropisie de poitrine ou de bas-ventre, on peut aussi dans tous ces cas arracher la tête du tronc avec le forceps.

Lorsqu'on est demandé dans un cas si fâcheux, l'on doit d'abord examiner si le tronc est dans la cavité de la matrice, ou dans celle du petit bassin. Dans le premier cas, on doit dégager un ou les deux bras & les extraire, pour les saisir & amener le tronc. Dans le second cas, on doit introduire un crochet obtus sous chacune des aisselles & même entre les côtes & les tirer dehors, au cas qu'on ne puisse y atteindre avec les deux mains.

Si cette manœuvre ne réussit point, parce que le tronc est mal conformé ou hydropique, on doit percer la poitrine, en

introduisant son instrument entre les côtes, élargir l'ouverture pour faire écouler l'eau & en enlever les viscères, ou si on ne le peut, percer aussi le diaphragme, pour décharger le bas-ventre, & extraire ensuite le tronc, soit avec la main, soit avec un ou deux crochets.

Si le tronc n'est point excessivement gros, & qu'il soit resté dans la matrice, on tâchera de le retourner & de l'extraire par les pieds.

C H A P I T R E X.

De la section de la symphise du pubis.

Cette opération, qui consiste dans la séparation des os pubis, est une nouvelle découverte dans l'art des Accouchemens, qui, n'ayant pas eu les mêmes succès lorsqu'on a commencé à la pratiquer, a excité une clameur étonnante parmi les Accoucheurs les plus expérimentés & les plus célèbres.

Je ne m'arrêterai point ici à rapporter les Observations qu'on a alléguées pour & contre, & comme je suis persuadé qu'il importe peu au Public de savoir si je l'approuve ou si je la condamne, je me bornerai simplement à indiquer les cas dans lesquels on la pratique.

Cette opération a lieu lorsque l'enfant est encore vivant, & que sa tête est tellement enclavée dans la cavité du petit bassin, qu'on ne peut la dégager avec le forceps; que le diamètre antérieur du détroit supérieur de ce même bassin, n'est

que de 3 pouces, ou que le diamètre oblique est si petit & les épaules de l'enfant si larges, qu'on ne peut l'extraire.

Lorsque dans ce cas-ci on a employé, mais inutilement, toutes les manœuvres que l'art a suggérées, cette opération peut avoir le succès désiré, sur-tout, lorsqu'on n'apperçoit point d'autres défauts dans le bassin de la femme.

Il est à propos que l'Accoucheur, avant de l'entreprendre, consulte ceux de ses Collègues qu'il fait avoir le plus d'expérience, non-seulement pour tranquilliser la femme en travail & les personnes qui s'intéressent à elle, & pour mettre sa réputation à couvert, mais encore pour pouvoir opérer avec plus de sécurité, & avoir ses aides à portée. Si dans cette consultation l'on est unanimement d'accord pour l'opération, & que l'on espère que cette section sauvera la mère & l'enfant, on y procédera de la manière suivante.

Tout l'appareil consiste en deux bistouris, dont l'un est tranchant par sa partie convexe & l'autre plus fort préparé à dessein pour cette opération, dont la lame est rivée au manche; une éponge, de l'eau tiède, des remèdes styptiques, des emplâtres agglutinatives, des compresses & un bandage unissant.

Tout étant prêt pour l'opération, on fait uriner la femme, on lui rase le poil des parties, on la couche sur un lit & l'on place un aide à chacun de ses côtés.

On introduit une algalie dans la vessie, & l'on range le canal de l'urètre du côté droit, vers lequel il se porte naturellement, pour ne point blesser cet organe, & l'on divise après avec le premier bistouri au dessus de la symphise du pubis, la peau & la graisse de la longueur de quatre travers de doigt, de
manière

manière que l'extrémité inférieure de l'incision soit éloignée de deux ou trois lignes de la commissure supérieure des grandes lèvres. On coupe ensuite les muscles pyramidaux jusqu'au travers de la ligne blanche, de façon que l'incision ait la même longueur en dedans qu'en dehors. Cela fait, on introduit l'index de la main gauche sous la symphise des os pubis ; ce qui cependant n'est pas absolument nécessaire, vu qu'on porte l'urètre de côté avec l'algalie. On tire un peu les lèvres de la vulve en bas, & l'on coupe la symphise avec le second bistouri, en appuyant sur le dos de l'instrument, c'est-à-dire, à plomb & non en traînant, pour ne point blesser la vessie. On doit tâcher de couper sur le milieu du cartilage ; car il y a des bassins si mal-conformés, qu'il n'est point directement au centre de ce dernier.

On écarte alors les cuisses, qui étoient jointes pendant la division du pubis & soutenues par des aides, peu à peu & par gradation, autant qu'il faut, sans déchirer les parties, pour donner passage à l'enfant qu'on veut extraire.

Lorsque le passage est suffisamment élargi, l'on extrait l'enfant par les pieds, & dans quelques circonstances particulières, avec le forceps.

Après avoir extrait l'enfant & l'arrière-faix, on rapproche les cuisses & les os pubis l'un près de l'autre, en observant qu'il ne se trouve aucune partie entre-deux. On procure la réunion de la plaie avec des emplâtres agglutinatives, des compresses, qu'on assure avec un bandage unissant, & on laisse l'appareil dessus, jusqu'à ce que la plaie soit entièrement cicatrisée.



C H A P I T R E X.

De l'opération césarienne.

JE vais terminer cette Partie de mon Ouvrage , par l'opération la plus horrible & la plus effrayante , qu'on puisse employer dans l'art des Accouchemens, vu que pour conserver la vie de l'enfant, l'on expose la mère au plus grand des périls, indépendamment des douleurs qu'on lui fait souffrir.

L'opération césarienne est généralement nécessaire, lorsqu'on ne peut procurer la naissance à l'enfant, ni en le retournant, ni en employant les instrumens de l'art, & qu'on ne peut autrement sauver la vie à la mère.

Voici les cas qui exigent cette cruelle opération :

1.^o Lorsque le bassin est si étroit & si mal-conformé, que l'Accoucheur ne peut introduire la main dans la matrice.

2.^o Lorsque les callosités ou les exostoses, qui se trouvent dans le petit bassin, s'opposent à la sortie de l'enfant.

3.^o Lorsque la matrice s'étant déchirée, l'enfant tombe en partie ou totalement dans le ventre : on n'a point de tems à perdre dans ce cas-ci, & pour peu que l'on diffère l'opération, la mère est perdue sans ressource.

4.^o Lorsque la conception se fait dans l'ovaire ou dans les

trompes de Fallope, & que le fœtus exutérin ayant acquis sa maturité & ne pouvant sortir par la voie ordinaire, tombe dans le ventre entre les intestins, où il se pétrifie quelquefois, se corrompt & corrompt aussi ces derniers, formant souvent une tumeur circonscrite, qui exige une ouverture pour la sortie de l'enfant. On donne alors à cette opération l'épithète de section césarienne imparfaite.

5.º Lorsque la femme meurt sans avoir accouché, pour ondoyer l'enfant, & lui conserver la vie, au cas qu'on le puisse.

6.º Lorsque les parties molles de la femme sont tellement affectées de quelque maladie, par exemple, d'un squirrhe, &c. qu'elles empêchent absolument le passage à l'enfant, & qu'on ne peut remédier à ce défaut, sans exposer la mère & l'enfant à un plus grand péril, que par la section césarienne.

On divise l'opération césarienne en parfaite & imparfaite. Elle est parfaite, lorsque l'enfant est dans la cavité de la matrice & imparfaite, lorsqu'il est dehors.

L'opération imparfaite n'a rien de difficile ni de dangereux, parce qu'elle se réduit à inciser les tégumens du bas-ventre. Il n'en est pas de même de celle qui est parfaite, car elle effraie l'Accoucheur, à cause de l'hémorrhagie dont elle est suivie : il vaut cependant mieux employer un moyen incertain, que d'exposer la mère & son enfant à une mort certaine, d'autant plus qu'on a plusieurs exemples de la réussite de cette opération. ROONHUISE rapporte qu'un Médecin de Bruges l'a pratiquée sept fois sur sa propre femme; & il est connu dans nos environs, que MM. ROOSE & BAVEGHEM, Chirurgiens près de Dendermonde, ont eu le même succès. On cite plusieurs cas qui la

favorisent & que je pourrois rapporter, mais je les passe sous silence pour abrégé. Si l'on considère la promptitude avec laquelle la matrice se contracte, & que réduisant dans un instant une plaie de cinq pouces à un pouce, elle ralentit l'hémorrhagie; que l'orifice de la matrice & la plaie du bas-ventre facilitent l'évacuation du sang, & qu'en outre les plus grandes plaies du bas-ventre se guérissent aisément; loin de s'effrayer de cette opération, l'on sera animé à la faire, sur-tout quand on prend l'humanité pour guide dans un danger aussi pressant.

Le véritable tems pour faire cette opération, est après que les eaux ont percé, afin que la matrice commence à se contracter peu à peu, & de crainte qu'elle ne le fasse après qu'elle est incisée; mais on ne doit pas tarder trop long-tems, de crainte que la violence des douleurs ne cause une inflammation de matrice, & que l'enfant, s'engageant en partie dans le petit bassin, y reste enclavé.

Lorsque l'Accoucheur est pleinement déterminé à faire cette opération, & que la femme & ses parens y consentent, qu'elle a purgé sa conscience, il commencera à préparer son appareil. Ce dernier consiste en un bandage unissant, *Pl. XXI. fig. 6*, fait avec de la flanelle, dont on pose les deux bouts les plus larges sur la partie supérieure de la hanche, ou sur le bord des os des îles, & qui, descendant sur les aînes, embrassent tout le ventre: on les joint par le moyen d'un lacet, & on les contient avec deux petites bandes qu'on passe sous les cuisses & qu'on attache avec un ruban sur la hanche. Les instrumens consistent en deux bistouris, dont l'un, qui a la lame arrondie, *fig. 7.*, sert à faire la première incision & l'autre, qui est droit, est armé d'un bouton à sa pointe, *fig. 8.* Les autres objets de l'appareil, dont on peut avoir besoin, sont une sonde creuse, des ciseaux, des aiguilles courbes, du fil ciré, une

éponge, des emplâtres aglutinatifs, de la charpie & des compresse graduées.

On place la malade sur une table ou sur un canapé, autour duquel on peut tourner commodément. On l'étend sur un matelas, & après l'avoir fait uriner, on la fait tenir par des aides forts & robustes.

Quelques-uns veulent qu'on fasse l'incision du côté droit ou gauche, mais il est plus sûr de la faire sur la ligne blanche, entre le nombril & la symphise des os pubis; car puisque les muscles droits, à la fin de la grossesse, sont souvent très-écartés l'un de l'autre chez plusieurs femmes immédiatement après l'Accouchement, & forment même une tumeur dans cet endroit, qui ne se dissipe qu'après qu'ils se sont contractés & rapprochés, on n'aura à inciser que la couche aponévrotique & le péritoine, & c'est encore une place très-favorable pour donner issue au sang extravasé. La contraction & le raccourcissement des muscles droits contribueront à fermer la plaie plus promptement & plus sûrement, que si on la faisoit dans un autre endroit du bas-ventre. J'ajouterai, qu'on a moins à craindre de blesser les intestins en incisant le péritoine. Il est plus aisé de rapprocher les lèvres de la plaie, au moyen de quoi elle se guérit plus promptement, ainsi que je l'ai éprouvé moi-même. L'espace entre le nombril & les os pubis, est assez grand, pour y faire une incision de 6 à 7 pouces de longueur.

On doit commencer l'incision au milieu de l'espace compris entre le nombril & les os pubis, & même un peu plus bas, afin que l'aide puisse avec les deux mains lever les tégumens, voyez la fig. 1, qu'on incise d'un seul coup avec le

bistouri, *fig. 7*, dont le tranchant est convexe. Lorsque la peau & les tégumens sont trop tendus pour pouvoir les lever, on fait dans le même endroit, mais avec circonspection, une petite incision jusqu'au travers du péritoine, pour y introduire une sonde cannelée, ou l'index de la main gauche. On coule ensuite le long de ce dernier un bistouri, qui a un bouton à sa pointe, *fig. 8*, & l'on coupe, y compris le péritoine, jusqu'à environ deux travers de doigt de la symphise des os pubis, prenant garde de ne point offenser la vessie urinaire. On tourne ensuite la main & l'on agrandit la plaie de la même manière vers le haut, jusqu'à deux travers de doigt sous le nombril. *Voyez la fig. 2*. On a alors une plaie de 6 à 7 pouces de longueur: au cas que l'intestin forte, on le fait rentrer & contenir par un aide.

Après avoir divisé les tégumens du bas-ventre, l'on ouvre de même la matrice qui se présente, premièrement par le moyen d'une petite incision, en prenant bien garde de ne point blesser l'enfant, & on l'agrandit en haut & en bas, jusqu'à ce qu'elle ait environ 5 pouces de longueur.

Après qu'on a divisé les tégumens & la matrice, l'on extrait de la main droite l'enfant par les pieds, par l'ouverture qu'on a faite, *fig. 3*, & ensuite l'arrière-faix, après quoi l'on contient pendant quelque tems l'intestin avec la main, pour empêcher que la matrice ne l'étrangle en se resserrant. On nettoie ensuite la plaie avec une éponge trempée dans de l'eau & du vin chaud.

On pose après cela le bandage unissant par le milieu sur les reins de la malade; on prend six emplâtres glutinatifs longs & étroits, & uniquement composés de diapalme, dont trois

sont fenêtrés au milieu, pour y passer les autres; on prend de deux mains les deux bouts des emplâtres fenêtrés, & on les tire obliquement sur toute la surface du bas-ventre, pour que les deux bouts passent les hanches & s'appliquent sur les reins, pendant qu'un aide rejoint les bords de la plaie. On applique de la même manière le second emplâtre & les suivants. Cela fait, on applique de deux côtés sur les extrémités une languette étroite & épaisse, qui aboutit sur les hanches, pour les faire tenir & les affermir, comme on le voit, *fig. 4.*

On applique de part & d'autre, le long de la plaie & sur l'endroit où aboutissent les bouts du bandage unissant, trois compresses graduées, sur lesquelles on place ces mêmes bouts du bandage, qu'on réunit avec un lacet, & puis on passe les deux sous-cuisses du bandage sous les cuisses, pour les attacher avec des rubans au bandage du côté des hanches. *Voyez la fig. 5.* On couvre la plaie avec de la charpie & l'on introduit dans son angle inférieur une tente molle qui sert de mèche, à laquelle on attache un filet, pour donner issue aux humeurs. On humecte le bandage unissant ou tout l'appareil avec du vin, ce qu'on réitère de tems en tems à mesure qu'il se sèche.

Lorsqu'on applique ce bandage de la manière que je viens de dire, la future est inutile, car cette dernière est très-douloureuse & cause souvent une inflammation, d'autant plus que l'incision, qui a 6 à 7 pouces de longueur, est réduite à trois après l'opération.

La femme doit se tenir couchée, la tête & la poitrine un peu élevée, les cuisses jointes & les genoux un peu pliés. On se conduit, quant au régime & aux médicamens, selon

les circonstances, qui peuvent survenir ensuite d'une grande plaie.

Lorsque l'enfant est exutérin, c'est-à-dire, hors de la matrice, on n'a alors à ouvrir que les tégumens du bas-ventre, ce qu'on appelle une section césarienne imparfaite; elle est pour cette raison plus aisée que la précédente, mais aussi plus dangereuse pour la mère, à cause de l'implantation du placenta hors de la matrice; ce qui peut occasionner une hémorrhagie mortelle. C'est aussi là-dessus qu'on doit le plus réfléchir, & agir selon que les circonstances l'exigent.

FIN DE LA TROISIEME PARTIE.



EXPLICATION

EXPLICATION

DES

PLANCHES.

PREMIÈRE PLANCHE.

FIGURE I.

Cette figure représente le bassin d'une femme, bien confor-
mé, vu de front, de manière que le point de vue se
trouve dans le milieu ou sur son axe.

A, la dernière vertèbre lombaire.

B, la symphise du pubis.

C, le coccx.

A, B, D, D, le bord osseux de l'entrée ou détroit supérieur
du petit bassin.

F, F, les ligamens sacro-ischiatiques internes.

G, G, les externes du même nom.

A, B, diamètre antéro-postérieur ou petit diamètre de l'entrée
du petit bassin. Sa longueur est de 4 pouces & demi.

D, D, diamètre transversal ou grand diamètre, de 5 pouces
& demi.

E, E, diamètre oblique de 5 pouces & un quart.

FIGURE II.

Profil du même bassin, coupé par le milieu.

B, la hauteur de la symphise du pubis ou la profondeur an-
térieure du petit bassin, est d'un pouce & demi.

C, le coccx.

E, E, la hauteur de l'os sacrum avec le coccx ou la profon-
deur postérieure du petit bassin, est de 5 pouces.

III. Partie.

E e e

D, D, la profondeur de la partie latérale du petit bassin, est de 4 pouces. (a)

FIGURE III.

Cette figure est la même que la précédente, à l'exception que le bassin est renversé & vu par derrière.

I, I, la distance entre les apophyses épineuses des os ischions, est de 4 pouces & un quart.

H, H, la largeur du grand bassin, prise de l'épine antérieure & supérieure d'un os des îles à celle de l'autre, est de 10 pouces & demi.

FIGURE IV.

Le même bassin renversé, où l'on voit les dimensions du détroit inférieur du petit bassin.

K, K, distance depuis la partie inférieure de la symphise du pubis, jusqu'à l'extrémité du coccx: elle est de 5 pouces.

L, L, celle des tubérosités ischiatiques; elle est de 4 pouces & demi, comme est aussi celle

K, L, L, de l'extrémité du coccx jusqu'à ces dernières tubérosités.

FIGURE V.

Montre un bassin mal conformé, vu de front.

a, courbure des vertèbres des lombes.

b, l'os sacrum.

c, le coccx.

d, d, les os des îles.

e, e, les os ischion.

f, les os pubis.

g, g, les trous ovalaires.

h, h, les cavités cotyloïdes.

(a) Ces deux Planches sont copiées d'après celles que Mr. *Camper* a jointes à sa Dissertation devant l'ouvrage de *Mauriceau*.

i, i, i, i, i, les cinq vertèbres des lombes.

On voit par cette figure le danger auquel la mauvaise conformation du bassin expose la mère & son enfant; car les bords du détroit supérieur sont à peine éloignés de 2 pouces & demi l'un de l'autre, de même que les os ischions. La forme des bassins difformes varie, mais il convient d'en avoir une idée. Il est heureux pour l'humanité, qu'il y en ait peu de pareils; mais comme cette figure montre qu'il s'en trouve, il est à propos que l'on connoisse les mauvaises conformations qu'ils peuvent avoir.

Fig. 6 & 7 de la Planche I.

Montrent la grosseur de la tête d'un enfant nouveau-né. La fig. 6. par sa partie supérieure ou le vertex, la 7.^e de profil.

M, M, la distance d'un os pariétal à l'autre, est de 3 pouces & demi.

N, N, celle d'une oreille à l'autre, de 3 pouces.

O, O, celle de l'os frontal à l'occipital, de 4 pouces & demi.

P, P, Fig. 7, celle du sommet de la tête au menton, de 5 pouces.

Q, Q, celle depuis la fontanelle jusqu'à l'extrémité inférieure de l'os occipital, depuis 3 pouces, jusqu'à 3 & un quart.

On voit par-là que la tête de l'enfant a 1 pouce de plus de longueur que de largeur, & que la distance Q, Q, est moyenne & proportionnelle entre tous les diamètres de cette partie.

Explication de la seconde Planche.

FIGURE I.

Cette figure représente la circonférence d'un bassin coupé dans le milieu, & vu de profil. Il contient deux têtes d'enfants, qui montrent la ligne courbe que le centre de la tête décrit, en sortant.

A, C, l'os sacrum & le coccyx.

- B, F, l'os pubis.
 C, D, l'axe du bassin.
 I, la tête de l'enfant qui commence à descendre dans le bassin.
 K, la même tête qui en sort.
 D, E, G, H, la ligne courbe que le point D décrit, jusqu'à ce que la tête soit entièrement sortie.

FIGURE II.

Cette figure représente les parties externes de la femme.

- A, le mont de vénus.
 B, B, les grandes lèvres.
 C, le clitoris avec son prépuce.
 D, D, les nymphes ou les petites lèvres.
 E, l'orifice du méat urinaire.
 F, corps spongieux, sur lequel le méat urinaire porte, appelé la prostate des femmes.
 G, G, rides croisées, qui forment l'hymen chez les pucelles & les caroncules myrtiformes, après qu'elles ont perdu leur virginité.
 H, l'orifice du vagin.
 I, la fosse naviculaire.
 K, le frein des grandes lèvres ou la fourchette.
 L, le périnée.
 M, l'anus ou le fondement.

FIGURE III.

Montre la circonférence ou la forme extérieure d'une matrice avant la grossesse, vue par derrière.

- A, le fond de la matrice.
 B, B, origine de ses trompes.
 C, C, son corps.
 D, D, la partie moyenne entre son corps & son col.

E, E, la partie la plus large de son col, où le vagin est attaché & où cette dernière partie est coupée.

F, la lèvre antérieure de l'orifice de la matrice, laquelle est plus longue que la postérieure.

G, la lèvre postérieure.

H, fente formée par les deux lèvres de ce même orifice.

I, I, l'endroit où l'on a coupé le péritoine.

FIGURE IV.

Représente la même matrice coupée dans sa longueur, dont on a laissé la face postérieure.

A, le fond de la matrice.

B, B, origine des trompes de Fallope.

C, C, le corps de la matrice.

D, D, la partie mitoyenne entre son corps & son col.

E, E, la partie la plus épaisse & la plus large du col de la matrice.

F, la lèvre postérieure de l'orifice de la matrice, qui n'est pas plus longue que la fente, tout au contraire de l'antérieure.

G, H, I, I, face interne de la cavité de la matrice.

I, I, lignes latérales du corps de la matrice.

H, diamètre entre la cavité du corps & le canal du corps de la matrice.

H, F, canal du col de la matrice.

A, G, épaisseur de la partie moyenne du fond de la matrice.

C, I, épaisseur latérale du même corps, qui est la plus grande.

E, K, la plus grande épaisseur de la partie latérale du col de la matrice.

D, L, la moindre épaisseur.

L, K, L, K, lignes qui forment le conduit du col de la matrice, dans lequel sont de petites glandes, qui rendent une mucosité.

M, M, les conduits des trompes de Fallope.

FIGURE V.

Représente un vagin ouvert coupé en long, dans sa situation naturelle, sa forme & sa liaison de la face antérieure. La fissure que l'on voit à la lèvre de l'orifice de la matrice, est une trace de l'Accouchement.

A, le col de la matrice qu'on a coupée.

B, B, adhérence du vagin autour de ce même col.

C, fissure de la lèvre supérieure de l'orifice de la matrice.

D, épaisseur du vagin coupé en long.

E, E, ses rides.

F, sa colonne postérieure, dans laquelle on voit plusieurs papilles nerveuses irrégulières.

G, G, les lèvres de la vulve.

FIGURE VI.

Représente les parties internes logées dans le bassin. On a scié les os pubis, pour qu'on puisse les voir dans leur situation naturelle.

A, A, les vertèbres lombaires.

B, l'intestin rectum coupé.

C, la matrice.

D, la vessie urinaire.

E, le vagin.

F, le sphincter de la vessie urinaire.

G, le constricteur du vagin.

H, H, les ovaires.

I, I, les trompes de Fallope.

K, K, leurs franges.

L, L, les ligamens larges.

M, M, les ligamens ronds.

N, N, les os ischions.

O, l'ouraque.

Explication de la troisième Planche.

FIGURE I.

Représente une femme enceinte d'environ neuf mois, vue de profil, pour voir la limitation de la tumeur formée par la matrice, & la faillie du nombril, laquelle est différente de l'enflure du bas-ventre, qui est causée par des maladies, ainsi que je l'ai dit & qu'on peut le voir, pag. 85.

FIGURE II.

Représente un œuf fécondé & expulsé dans un avortement au bout d'environ huit semaines.

A, A, les gros rameaux du tissu velouté de la face supérieure du chorion.

B, B, portion du chorion qu'on a coupée, pour qu'on puisse voir l'embryon qui est dedans.

C, la poche du nombril que l'on voit au travers du chorion sur la face externe de l'amnios.

FIGURE III.

Coupe du même œuf, dans lequel on voit distinctement l'embryon.

A, la poche du nombril, d'où passent la veine & les artères ombilicales sous la forme d'un fil blanc. Une partie des intestins paroît dans le nombril, qui est fort saillant.

Explication de la quatrième Planche.

Elle représente une matrice au plus haut degré de la grosseur, & on y voit la déviation des viscères du bas-ventre.

Cette figure est copiée d'après celle de M. HUNTER, qui l'a

faite dessiner après l'ouverture du cadavre d'une femme, qui mourut dans le neuvième mois de sa grossesse. Pour mieux représenter l'état naturel des viscères, l'on a injecté les vaisseaux avec de la cire colorée. La figure est dessinée en profil, & représente le côté droit.

- A, A, les cuisses couvertes d'un linge.
- B, l'épine du dos, coupée au dessus du diaphragme.
- C, portion de la côte postérieure.
- D, D, tégumens & muscles de la partie postérieure de la poitrine, où l'on a mal-adroitement coupé l'épine du dos.
- E, Portion inférieure des muscles du bas-ventre.
- F, portion du pénil & des muscles du bas-ventre.
- G, la même portion du côté gauche.
- H, bord du diaphragme à gauche du creux de l'estomac, couvert des muscles renversés du bas-ventre & du péritoine.
- I, le cartilage xiphoïde.
- K, K, les côtes inférieures & les autres parties contenant coupées en long, pour montrer quels sont les viscères situés entr'elles & le creux de l'estomac, du côté droit.
- L, portion inférieure & postérieure de la cavité droite de la poitrine.
- M, l'aorte descendante ou inférieure, coupée à travers, liée & injectée avec de la cire colorée.
- N, l'œsophage aussi lié dans le même endroit.
- O, la face supérieure convexe du diaphragme, couverte de la pleure, dans son état naturel.
- P, partie du centre de l'expansion tendineuse du diaphragme, laquelle est située du côté droit.
- Q, rameau de la veine cave descendante, lié près de la face supérieure du diaphragme.
- R, R, bord de la pleure coupée dans l'endroit, où elle est renversée de la face supérieure du diaphragme, & couvre intérieurement les côtes.
- S, S,

S, S, bord du péritoine coupé du côté de la face inférieure du diaphragme.

T, face intérieure du muscle transversal du bas-ventre, couverte du péritoine.

U, le gros lobe du foie, sous le bord duquel il y a une échancre, dans laquelle la vésicule du fiel étoit posée.

V, le petit lobe du foie, qui s'étend dans la région hypocondriaque gauche.

W, la faux du péritoine ou le restant du canal veineux coupé.

X, le colon, qui monte du cœcum vers le foie.

Y, Y, le colon avec les appendices de l'épiploon, lequel se rend dans le côté gauche, entre le foie & les intestins grêles.

Z, Z, origine de l'épiploon, qui pend entre le foie & les intestins grêles.

a, a, a, a, quelques contours de ces intestins grêles, l'épiploon étant un peu coupé au-dessous du bord du foie.

b, la matrice: on apperçoit, mais imparfaitement, sur sa surface supérieure les vaisseaux sanguins, lesquels ne deviennent visibles, qu'après qu'on les a injectés & enlevé l'enveloppe, par le moyen de la cire colorée, qui est dedans. On découvroit mieux ces veines, après qu'elles furent séchées; ce qu'il n'arrivoit qu'après qu'on avoit fait le dessein, comme on le voit dans cette figure.

c, le ligament rond de la matrice, qui descend dans l'aîne.

d, la trompe de Fallope, qui se rend vers la face interne de l'os des îles.

e, le pavillon de la trompe ou l'extrémité de cette même partie, laquelle est couverte par le morceau frangé, & située à côté de la matrice; on l'a un peu tiré dehors, pour la rendre plus visible. On voit entre le ligament rond & la trompe, les vaisseaux spermatiques, sur-tout la veine, qui s'étend

jusqu'à la partie antérieure de la matrice , à laquelle le placenta étoit attaché.

f, l'angle saillant de la matrice, dans lequel les fesses de l'enfant étoient situées, que l'on sentit avant qu'on eut ouvert ce viscère.

J'ai ajouté ici cette figure, afin de donner aux Sages-femmes, qui ne doivent connoître l'Anatomie, que superficiellement, excepté celle qui regarde les parties de la génération, une certaine idée de la déviation des viscères du bas-ventre pendant la grossesse. Celle qu'on démontre dans l'Ecole, a été modelée en plâtre sur le cadavre d'une femme.

Explication de la cinquième Planche.

FIGURE I.

Représente le profil d'un tronc entier, dans lequel on voit la courbure de l'épine du dos, la cavité de la poitrine & du bassin, & la position naturelle d'un enfant dans la matrice.

A, B, ligne de gravitation.

C, D, l'axe du bassin.

E, point de section au centre des cavités cotyloïdes.

C, F, cavité de l'os sacrum & du coccx.

F, G, courbure intérieure des lombes, qui dans ce tronc sont composés de six vertèbres, au lieu de cinq.

G, H, cavité que forment les vertèbres de la poitrine.

G, I, K, courbure & hauteur du diaphragme.

L, M, N, O, P, F, la ligne ponctuée montre la circonférence de la matrice, la différence de sa forme en F & M, N, & que la matrice penche naturellement en avant, son orifice regardant l'endroit marqué L.

FIGURE II.

Montre un fœtus avec la tête en bas, le cordon ombilical, le placenta & les enveloppes.

- a, b, portion de l'amnios, dont on a retranché l'autre c, d, d, c.
 d, d, l'implantation du cordon ombilical dans le placenta.
 e, f, g, le chorion séparé de l'amnios. f, g, la partie qui couvre l'interne du placenta. h, appendice de la même membrane. i, i, i, i, endroit d'où l'on a détaché le chorion.
 k, l, m, n, tunique membraneuse qu'on voit après avoir enlevé le chorion, laquelle se termine en plusieurs lobes inégales, & est plus épaisse vers le bord du placenta l, l.
 o, le nombril qui est formé par un repli de la peau du bas-ventre.
 p, v, le cordon ombilical.
 p, q, la veine ombilicale.
 r, s, t, v, les deux artères ombilicales, qui entourent spiralemment la veine vers l'ombilic p, r, t, & l'autre partie q, s, u, monte directement.

Fig. 3, 4, 5 & 6.

Sont des cordons ombilicaux coupés, comme le démontre NORTWYK, pour voir leurs cloisons.

Explication de la sixième Planche.

Les figures représentent les différens degrés des dilatations de l'orifice de la matrice; les formes de la poche formée par les membranes, par le moyen desquelles on juge si l'Accouchement sera naturel ou contre-nature, & en outre la contraction de l'orifice & du col de la matrice.

FIGURE I.

Représente le cercle membraneux ou premier degré de dilatation de l'orifice de la matrice, dans lequel la poche d'eau commence à se former, à s'emplir & à être tendue dans l'accès de la vraie douleur; ce qui la distingue de la fausse, & dénote le commencement du travail.

FIGURE II.

Représente ce même cercle membraneux, dans lequel les membranes ne sont point tendues, d'où l'on conclut, qu'il n'y a point de douleur, ou s'il y en a, qu'elle doit être comptée parmi les fausses. Cette même figure montre encore que ces membranes ont une surface plate & étendue, lorsque la tête de l'enfant est excessivement grosse, ou qu'il se présente au passage dans une position contre-nature, par exemple, avec le dos, la poitrine, &c.

FIGURE III.

Montre le second degré de dilatation de l'orifice de la matrice, lorsque tout est en bon état, & que la tête de l'enfant commence à descendre dans la cavité du petit bassin. C'est dans ce cas-ci que les membranes se déchirent très-aisément, lorsqu'on les touche avec rudesse, ce qui retarde l'Accouchement.

FIGURE IV.

Montre le troisième degré de dilatation de l'orifice de la matrice, dans lequel les eaux percent; l'orifice de ce viscère se glisse sur la tête de l'enfant, & forme le bourlet entre son occiput & le pubis de sa mère, qui se retire peu après, & se glisse sur sa tête.

FIGURE V.

Montre la forme oblongue comme en boudin, que prend la poche formée par les membranes, lorsque l'enfant se présente avec une de ses extrémités. Cette figure peut aussi servir, pour représenter la contraction de l'orifice de la matrice, que causent les douleurs fausses, & comment le cou de l'enfant & le placenta s'enclavent.

FIGURE VI.

Montre la forme d'entonnoir que prend l'orifice de la ma-

trice après l'Accouchement ; & la raison est , que le col de cette partie se contracte avant son orifice.

FIGURE VII.

Montre la forme que prend l'orifice de la matrice au commencement du travail.

Explication de la septième Planche.

FIGURE I.

Cette figure montre la manière dont on doit toucher une femme. L'Accoucheuse se place à sa droite & la touche de la main droite , & plaçant son pouce au-dessus du pénil , pendant qu'elle introduit l'index dans le vagin , elle appuie ses autres doigts sur son périnée , & soutient ses reins de la main gauche. Voyez ce que j'ai dit ci-dessus , pag. 100.

FIGURE II.

Montre la position que doit avoir la femme en travail lorsque la tête de l'enfant sort , ou qu'on la délivre avec le secours de l'art. On ménage par ce moyen les parties ; deux aides l'assujettissent & la tiennent chacune de son côté par un pied & un genou.

Explication de la huitième Planche.

FIGURE I.

Représente un enfant nouveau-né , auquel on a enlevé les tégumens de la poitrine & du bas-ventre , pour faire voir les viscères , & l'infertion des vaisseaux sanguins qui se rendent au cordon ombilical.

A , le cordon ombilical.

B , la veine ombilicale qui s'implante dans la branche gauche de la veine porte.

C, C, les deux artères ombilicales, qui partent ordinairement des iliaques internes de l'enfant & sortent du ventre par l'anneau ombilical, où après s'être jointes à la veine, elles se rendent au placenta.

D, le foie.

On a pareillement enlevé les tégumens du bas-ventre de la mère, pour qu'on voie la manière dont la matrice se resserre sur le placenta.

FIGURE II.

Montre le resserrement de ce même viscère sur le placenta.

On a ouvert le premier, pour montrer son épaisseur, & les vaisseaux sanguins qui se distribuent dans sa substance.

a, la substance de la matrice.

b, coupe de ce viscère.

c, coupe de la face postérieure de ce viscère.

d, d, vaisseaux sanguins qu'on a coupés.

e, e, les membranes de l'enfant, qui tapissent les parois internes de la matrice.

f, portion du placenta & les membranes séparées de la matrice, & placées sur l'orifice de ce viscère.

g, paroi de la matrice séparée des membranes.

h, l'orifice de la matrice.

i, i, les trompes de Fallope.

On voit ici la manière dont on extrait l'arrière-faix.

FIGURE III.

Montre la manière d'extraire le placenta & les membranes de la main droite par la main gauche, en même tems qu'on soutient le périnée avec cette dernière.

FIGURE IV.

Cette figure montre ce que doit faire la Sage-femme, après avoir extrait le placenta: elle le suspend par le cordon, en

repliant ses membranes, & le montre aux assistans ou à ceux qui s'intéressent à l'accouchée, pour prouver qu'il est entier, & par conséquent, que rien n'est resté dans la matrice; ce qui non-seulement sert à conserver sa réputation, mais à se tranquilliser soi-même.

Explication de la neuvième Planche.

FIGURE I.

Montre la manière de dégager les épaules l'une après l'autre, lorsqu'elles s'arrêtent; par exemple, la Sage-femme soutient le visage de l'enfant de la main droite, & plaçant le pouce de la gauche sur son épaule & l'index sous l'aisselle, elle l'extraît par gradation, en approchant sa tête avec le plat de la main de la cuisse de sa mère. Après que l'une est dégagée, l'on dégage de la même manière l'autre avec l'autre main.

FIGURE II.

On place les pouces sur les épaules de l'enfant les index sous ses aisselles; on joint les petits doigts, & l'on extrait l'enfant en le balançant de côté & d'autre jusqu'aux fesses; après quoi,

FIGURE III.

On soutient l'enfant sur le bras gauche, & coulant l'index de la droite (*) le long & en dedans de ses jambes, on saisit les pieds, de peur qu'ils ne s'arrêtent dans l'orifice du vagin, qui pour lors est fort sensible.

FIGURE IV.

Montre l'endroit où l'on doit faire la ligature du cordon ombilical, c'est-à-dire, quatre travers de doigt au-dessus du

(*) Le Graveur, faute d'exactitude, a fait agir dans toutes ces figures la main gauche, au lieu de la droite.

nombril de l'enfant, & la manière de placer l'enfant, de façon qu'il n'ait point le visage tourné du côté de sa mère.

Explication de la dixième Planche.

FIGURE I.

Représente les deux pieds de l'enfant hors du vagin, les talons en avant & les orteils tournés du côté de l'anus de la mère.

FIGURE II.

On saisit de la main gauche le pied droit de l'enfant, & l'on coule l'index de la droite le long & en dedans de la jambe, jusqu'à ses parties naturelles, pour s'assurer si les deux pieds appartiennent au même enfant.

FIGURE III.

Cette figure montre qu'on doit couler la même main en descendant le long des jambes, l'index entre-deux, empoigner les deux pieds & les extraire.

FIGURE IV.

La Sage-femme extrait l'enfant, les plantes de ses pieds dans les paumes de ses mains, en plaçant l'index sur la malléole interne, & les autres doigts sur l'externe.

FIGURE V.

Montre que lorsque l'enfant est sorti jusqu'au-dessus des genoux, on doit laisser tomber ces derniers dans les plats des mains, & placer les pouces & les index au-dessus des articulations des genoux, pour extraire l'enfant jusqu'au-delà des fesses. Suivant la 7.^e figure, qui doit opérer avant la 6.^e, on saisit de la main gauche les deux pieds de l'enfant, de manière que leurs plantes posent sur la paume de la main, & que l'index se trouve entre les malléoles; après quoi on
coule

coule le droit le long de son ventre & de sa poitrine jusque sous ses aisselles, pour voir si ses bras sont bien placés, savoir, à côté de sa tête. Lorsque cela est ainsi, on place, comme on le voit dans la figure suivante,

FIGURE VI.

les deux pouces sur le croupion de l'enfant, & les mains à plat sur son ventre, pour l'extraire jusqu'à ce que les deux aisselles soient sorties.

Figure 7, voyez fig. 5.

FIGURE VIII.

Les aisselles étant sorties, on pose le pouce de la main gauche, qui est celle du bras avec lequel on soutient l'enfant, sous son menton, l'index & le doigt du milieu de chaque côté de son nez, &, s'il le faut, dans sa bouche, la main droite posée à plat sur son dos, & les bouts des doigts contre son occiput, pour le repousser pendant qu'on abaisse son menton sur sa poitrine, & en soulevant le coude du bras gauche & par conséquent le corps de l'enfant, on extrait la tête en manière de bascule.

Explication de la onzième Planche.

On voit dans cette Planche tous les obstacles qu'on peut rencontrer en extrayant un enfant par les pieds, & la manière dont on doit s'y prendre pour les surmonter.

FIGURE I.

On voit par cette figure que lorsque l'enfant s'arrête par le menton sur la saillie de l'os sacrum, après qu'on a extrait le bras gauche, on doit placer les deux premiers doigts à côté de son nez, ou les introduire dans sa bouche, & tourner sa tête du côté du diamètre oblique de l'entrée du petit bassin.

III. Partie.

G g g

FIGURE II.

L'enfant s'arrête ici par l'aisselle droite sur la faillie du sacrum, & par la gauche sur le pubis. La main droite de la Sage-femme montre la manière dont on doit empoigner les pieds de l'enfant pour soutenir son corps, & extraire son bras droit de la main gauche, en plaçant le pouce dans le pli du coude.

FIGURE III.

Lorsque l'enfant s'arrête par le menton sur l'os pubis, on doit, après avoir extrait son bras gauche, introduire les deux premiers doigts dans sa bouche, poser le pouce sous son menton & l'éloigner de l'os pubis, pour le faire descendre par le diamètre oblique de l'entrée du petit bassin.

FIGURE IV.

Dans le cas où l'on ne peut introduire les doigts entre le menton de l'enfant & l'os pubis de sa mère, on coule l'index le long de son visage, jusque dans sa bouche, & l'on s'en sert pour l'éloigner de l'os pubis, & rapprocher son visage du diamètre oblique.

FIGURE V.

La Sage-femme soutient les pieds de l'enfant de la main droite, & souleve de la gauche son bras droit, qui est placé derrière sa tête, pour le rapprocher de son oreille.

FIGURE VI.

On extrait de la main gauche le bras gauche de l'enfant, qui est couché sur son dos, parce qu'on ne peut lui faire changer sa position.

FIGURE VII.

L'enfant a le bras gauche placé sous son menton, on l'extrait

de la main gauche , en soutenant ses pieds avec la main droite.

FIGURE VIII.

Montre comment dans l'Accouchement contre-nature, on doit tirer le cordon vers le nombril, pour empêcher qu'il ne se rompe dans cet endroit.

FIGURE IX.

Montre comment on doit placer la main gauche de l'enfant à côté de sa cuisse gauche.

FIGURE X.

Montre qu'on agit prudemment, lorsqu'après avoir extrait les deux bras de l'enfant, on introduit la main droite dans le vagin, entre l'orifice de la matrice & le visage de l'enfant, en le soutenant par les pieds de la main gauche, pour empêcher que les douleurs déterminantes, ne fassent glisser l'orifice de la matrice sur ses épaules, & delà sur son cou, qui se trouveroit par-là resserré.

Explication de la douzième Planche.

FIGURE I.

L'enfant se présente ici par les fesses, le dos en avant & le ventre en arrière, & le cordon, sur lequel il y a un nœud, entortillé autour de son corps, de son bras & de son cou.

FIGURE II.

L'enfant se présente de même par les fesses, le ventre en avant & le dos en arrière, & par conséquent dans une position opposée à la précédente.

FIGURE III.

Montre comment, en cas de nécessité, on souleve les fesses de l'enfant avec les doigts de la main droite, pour les placer dessus la symphise des os pubis.

FIGURE V.

On coule ensuite la main entre les cuisses & les jambes de l'enfant, & on les extrait l'une après l'autre.

FIGURE IV.

On forme avec les deux index deux crochets, avec lesquels on saisit l'enfant dans les aînes, & on l'extrait avec le corps plié en double.

Explication de la treizième Planche.

FIGURE I.

L'enfant se présente avec le pied droit, le gauche plié sur son épaule & le cordon entortillé autour de sa cuisse.

FIGURE II.

Cette figure représente un enfant qui se présente avec le pied droit & la main gauche, la tête appuyée sur l'os des îles gauche, & les fesses sur le droit.

FIGURE III.

Montre comment on doit se comporter pour chercher le pied gauche de l'enfant & l'extraire, en plaçant le pouce de la main droite dans le pli du genou pour le plier, & le rapprocher du côté de l'os des îles droit, & faire glisser par conséquent ses fesses du gauche.

FIGURE IV.

Montre, que lorsqu'on a extrait les pieds de la manière comme ci-dessus, l'enfant est couché sur le côté droit. On croise alors, en extrayant les jambes plus avant, avec la main droite sa jambe droite sur la gauche, pour le retourner plus aisément sur son ventre.

FIGURE V.

Lorsqu'en tirant l'enfant par les pieds de la manière susdite,

l'on n'a pu le placer sur son ventre, on pose, comme dans ce cas-ci, la main gauche sur ses parties naturelles & sur son ventre, & la droite sur ses fesses, pour lui donner cette position.

Explication de la quatorzième Planche.

FIGURE I.

L'enfant présente le bras droit, la tête appuyée sur l'os des îles gauche, & les fesses sur le droit de sa mère.

FIGURE II.

La Sage-femme saisit de la main gauche la droite de l'enfant, & introduit la droite jusque sous ses aisselles, d'où elle descend le long de ses côtes, de son ventre sur ses aînes, ses fesses, ses genoux & ses jambes, jusqu'à ce que son pouce se trouve dans les plis des deux genoux, ou d'un seul, qu'elle rapproche du ventre, & comme le montre la

FIGURE III.

elle extrait l'enfant par les pieds.

FIGURE IV.

Montre comment, en plaçant le pouce dans les plis des deux genoux, on rapproche les derniers de l'os des îles gauche, pour écarter & faire glisser les fesses de l'enfant du droit.

Explication de la quinzième Planche.

FIGURE I.

L'enfant présente le vertex, les pieds contre son visage.

FIGURE II.

Montre comment qu'on empoigne les pieds, pour les faire avancer peu à peu, afin de pouvoir mieux les saisir, & par conséquent,

FIGURE III,

soulever sa tête avec l'index , pendant qu'on les extrait.

FIGURE IV.

On attache un lac aux pieds de l'enfant dans le cas, où l'expédient ci-dessus ne réussit point, &

FIGURE V,

repoussant d'une main la tête de l'enfant, on extrait ses pieds, en tirant le lac.

Explication de la seizième Planche.

FIGURE I.

L'enfant présente la nuque, l'occiput appuyé sur l'os des îles gauche, & le dos sur le droit de la mère.

FIGURE II.

L'enfant présente le dos, la nuque sur l'os des îles gauche, & les fesses sur le droit.

FIGURE III.

L'Accoucheur souleve de la main gauche la nuque de l'enfant, pour le faire avancer sur son dos, &

FIGURE IV,

plaçant le pouce de la même main sur son croupion, & les doigts sur la hanche droite, il fait faire une demi-rotation à l'enfant, pour le retourner sur le côté droit, après quoi,

FIGURE V,

il extrait en cas de besoin, le bras avec l'index en forme de crochet. L'enfant présente alors le bras droit, & il continue d'agir, ainsi que j'ai dit qu'il falloit le faire dans cette dernière circonstance.

Explication de la dix-septième Planche.

FIGURE I.

L'enfant présente la poitrine, le visage appuyé sur l'os des îles droit, & le ventre sur le gauche de la mère.

FIGURE II.

L'enfant présente le bas-ventre , le cordon ombilical hors de la vulve.

FIGURE III.

L'Accoucheur souleve de la main droite la poitrine de l'enfant le long de l'os des îles droit de sa mère , pour qu'il se présente , comme on le voit par la *fig. 2.*

FIGURE IV.

L'Accoucheur place le pouce de la main droite sous l'aisselle gauche de l'enfant , & les bouts des doigts sous la droite , & le tourne sur le côté , après quoi ,

FIGURE V,

ayant extrait le bras , pour saisir les pieds placés sur son dos , avec la même main , il place le pouce dans les plis des genoux , & les extrait.

Explication de la dix-huitième Planche.

FIGURE I.

L'enfant présente l'épaule droite , l'oreille appuyée sur l'os des îles gauche , & la hanche du même côté , sur le droit.

FIGURE II.

Montre jusqu'où il faut soulever l'aisselle , pour trouver les pieds & les extraire.

FIGURE III.

L'enfant présente la nuque , les deux pieds posés sur ses épaules , pour montrer l'impossibilité qu'il y a de l'extraire par les pieds , à moins qu'on ne le retourne sur le côté , comme on le voit *fig. 1.*

FIGURE IV.

L'enfant présente les deux genoux.

FIGURE V.

On les dégage, en plaçant le pouce sur ses genoux, & les autres doigts sur ses jambes.

Explication de la dix-neuvième Planche.

Cette planche représente les différentes positions que peut avoir la tête de l'enfant.

FIGURE I.

L'enfant se présente naturellement, à l'exception que le cordon ombilical est comprimé à son côté gauche, & sort hors de la vulve.

FIGURE II.

L'enfant présente le vertex, le visage regarde le pubis de la mère, & l'occiput l'os sacrum.

FIGURE III.

L'enfant a ici le visage tourné du côté de l'os des îles droit de sa mère, le vertex en avant, & le cordon entortillé autour de son cou & de son bras droit.

FIGURE IV.

L'enfant présente son front dans l'orifice de la matrice, son menton & sa bouche tournés du côté de l'os des îles droit, & le vertex du gauche.

FIGURE V.

L'enfant présente l'oreille droite, le vertex tourné du côté de l'os des îles gauche de sa mère.

FIGURE VI.

L'enfant présente l'occiput, le visage en haut, & le vertex du côté de l'os des îles droit.

Expli-

Explication de la vingtième Planche.

FIGURE I.

Montre la manière dont on doit se servir du forceps pour dégager la tête, lorsqu'elle est enclavée.

FIGURE II.

Manière dont on extrait la tête avec le forceps.

FIGURE III.

On suppose que le corps de l'enfant est sorti, & que sa tête s'est enclavée à l'entrée du petit bassin, & l'on montre comment on doit l'extraire avec le forceps.

FIGURE IV. ET V.

Ces figures montrent la manière dont on facilite les manœuvres du forceps & du levier, par le moyen d'un lac, lorsqu'on les emploie pour extraire la tête.

FIGURE VI.

Montre la manière d'employer le levier, pendant qu'on repousse le menton ou la poitrine de l'enfant, avec le pouce qui soutient l'instrument.

Explication de la vingt-unième Planche.

Ces figures appartiennent à l'opération césarienne.

FIGURE I.

Montre la manière dont on incise la peau, après l'avoir soulevée.

FIGURE II.

Manière dont on prolonge la première incision vers le nombril.

FIGURE III.

Comment on extrait l'enfant par les pieds avec la main droite.

III. Partie.

H h h

428 *ECOLE PRATIQUE DES ACCOUCHEM.*

FIGURE IV.

Manière dont on place les emplâtres agglutinatives.

FIGURE V.

Le bandage unissant appliqué.

FIGURE VI.

Le même étendu de son long.

FIGURE VII.

Le bistouri courbe.

FIGURE VIII.

Le bistouri dont la pointe est émouffée ou armée d'un bouton.

FIGURE IX.

Compresse graduées.

A P P R O B A T I O N.

Nous Affecteurs du Collège de Médecine de la Ville de Gand avons lu un Traité, intitulé : *Ecole pratique des Accouchemens*, fait par JEAN-BERNARD JACOBS, Chirurgien juré & pensionné de cette Ville, Professeur des Accouchemens, Membre de l'Académie Hollandoise des Sciences de Harlem, Membre correspondant de la Société Batave de Philosophie expérimentale, &c. &c.

Cet Ouvrage est écrit avec ordre, précision, choix & clarté, tel qu'il doit être pour pouvoir servir efficacement à l'instruction des Elèves de cet art. Il est par conséquent non-seulement digne d'impression, mais mérite aussi d'être fort accueilli, & ne peut qu'ajouter à la réputation, que l'Auteur s'est déjà acquise dans ce Pais par ses autres Ecrits.

Fait à Gand, ce
10 Avril 1785.

Nomine Collegii.

J. SOMERS, Méd. pensionné de la Ville & C. M. A.
P. C. DE BRABANT, C. M. A. Profess. en Anatom.

A P P R O B A T I O N

De Mr. VAN LEEMPOEL, Docteur de l'Université de Leyden, Docteur & Professeur de l'Université de Louvain, Recteur Magnifique, Membre correspondant de la Société Batave de Philosophie expérimentale de Rotterdam, &c. &c.

Il est non-seulement utile, mais absolument indispensable, que tout Professeur adopte un Livre classique, auquel il s'attache pour le fond & pour l'ordre des principes, & que les Étudiants puissent consulter avant que de se rendre à la leçon, de même qu'après y avoir assisté. Ce Livre élémentaire & classique doit contenir des principes clairs, précis & rangés dans le meilleur ordre possible : l'on doit y faire abstraction des questions inutiles, & l'on doit se contenter d'établir brièvement les hypothèses les plus vraisemblables & les plus importantes, sans entrer dans des discussions, qui ne font que troubler les idées & tourmenter la cervelle des jeunes gens, sans les instruire.

C'est à tous ces titres, que nous croyons pouvoir faire les justes éloges du Livre, *École pratique des Accouchemens*, qui ne peut qu'être infiniment utile à tous ceux, qui se trouveront dans le cas d'assister aux leçons instructives de l'Auteur; & qui, nous osons le dire, ne fera pas même tout-à-fait inutile aux Maîtres de l'art : du moins ils ne pourront que le lire avec bien du plaisir.

Les Planches détaillées & très-frayeuses, qui accompagnent cet Ouvrage, contribuent à le rendre plus précieux & plus curieux; & pour tout dire, nous sommes très-persuadés, qu'il ne démentira en rien la réputation que l'Auteur s'est déjà acquise, tant par une pratique des plus heureuses, que par des Ouvrages qu'il a composés & traduits, de même que par un grand nombre de Sociétés savantes, qui se font gloire de l'avoir pour Membre.

LOUVAIN, ce 12 Avril 1785.

VAN LEEMPOEL.

A P P R O B A T I O N

De Mr. DE GRAVE, Censeur de Livres.

Rien de plus louable que le zèle, avec lequel Mr. le Professeur J. B. JACOBS s'étudie à instruire les personnes, qui se destinent à exercer la très-importante profession d'accoucher les Femmes. Dieu veuille bénir l'infatigable travail du savant Auteur, & lui donner la satisfaction d'apprendre le grand bien que cet Ouvrage, ainsi que plusieurs autres dont on lui est redevable, ne peut manquer de faire à l'humanité.

Donné à GAND, le 24 Avril 1785.

G. F. DE GRAVE.

Vidit. L. B. DE HAVESKERCKE, L. C. R.

A P P R O B A T I O N

De Mr. SUE, Professeur Royal en Anatomie, aux Écoles de Chirurgie, Censeur Royal, de la Société Royale de Londres, de la Société Philosophique d'Edimbourg & Major de l'Hôpital de la Charité à Paris, &c. &c.

J'ai lu par ordre de Monsieur le Garde des Sceaux, un Ouvrage, qui a pour titre: *École pratique des Accouchemens*, par Monsieur le Professeur JACOBS, Maître en Chirurgie, Membre de plusieurs Académies, &c. Ce Livre est écrit avec clarté & précision; les Principes élémentaires, qu'il contient, pourront être fort utiles pour l'instruction des Sages-femmes, & même à ceux des élèves, qui se vouent dans cette partie de l'art de guérir. Nous n'avons rien trouvé d'ailleurs, qui puisse empêcher notre Approbation. Fait à Paris, ce 30 Mai 1785.

SUE, Censeur Royal.

T A B L E

DES CHAPITRES, DES ARTICLES ET DES SECTIONS,

Contenus dans cet Ouvrage.

II Introduction.

PAGE I

I. P A R T I E.

Chapitre I. des parties de la femme, qui servent à la génération.	23
Article I. description du bassin.	24
Art. II. de la structure des os du bassin.	25
Section I. de l'os sacrum.	ibid.
Seçt. II. du coccx.	27
Seçt. III. des os des îles.	28
Seçt. IV. de l'ischion.	29
Seçt. V. du pubis.	ibid.
Art. III. des cartilages & des ligamens du bassin.	30
Art. IV. division du bassin.	34
Art. V. du bassin difforme.	36
Art. VI. des parties renfermées dans le bassin des femmes, & de celles qui entourent sa cavité.	40
Art. VII. de l'articulation & usage du bassin.	ibid.
Art. VIII. de la différence entre le bassin d'un homme & celui d'une femme.	ibid.
Art. IX. de l'axe du bassin.	41
Art. X. dimensions de la tête des enfans.	44
Chapitre II. des parties molles de la femme, qui servent à la génération, à la grossesse & à l'Accouchement.	46
Art. I. des parties externes de la génération.	ibid.
Seçt. I. du pénil.	47
Seçt. II. des grandes lèvres & de la vulve.	ibid.
Seçt. III. des petites lèvres ou nymphes.	48
Seçt. IV. du clitoris.	49
Seçt. V. du méat ou conduit urinaire.	50
Seçt. VI. de l'orifice du vagin, de l'hymen, des caroncules myrtiliformes, de la glande prostate, de la fourchette, de la fosse naviculaire, de la grande fente & du périnée.	ibid.
Art. II. des parties internes qui servent à la génération, à la grossesse & à l'Accouchement.	53
Seçt. I. du vagin.	ibid.

* *

T A B L E.

Sect. II. de la matrice.	54
Sect. III. des ligamens de la matrice.	57
Sect. IV. des trompes de Fallope.	58
Sect. V. des ovaires.	59
Chapitre III. du flux menstruel.	60
Chapitre IV. de la conception, de la grossesse, des signes de la grossesse & de la stérilité.	63
Sect. I. de la conception.	ibid.
Sect. II. de la grossesse.	66
Sect. III. des signes de la grossesse.	67
Sect. IV. de la stérilité.	73
Chapitre V. du fœtus & de ses dépendances dans la matrice.	76
Sect. I. des membranes du fœtus.	ibid.
Sect. II. des eaux de l'amnios.	78
Sect. III. de l'arrière-faix ou placenta.	79
Sect. IV. du cordon ombilical.	80
Chapitre VI. de la position du fœtus dans la matrice.	82
Chapitre VII. description de la matrice d'une femme enceinte.	84
Chapitre VIII. de l'Accouchement en général.	87
Chapitre IX. du mécanisme de l'Accouchement.	96
Chapitre X. des circonstances de l'Accouchement naturel en particulier.	99
Chapitre XI. du toucher.	100
Chapitre XII. des signes qui annoncent l'Accouchement.	104
Chapitre XIII. des douleurs.	105
Chapitre XIV. des eaux de l'enfant.	109
Chapitre XV. de la manière dont on doit placer la femme pour l'accoucher.	112
Chapitre XVI. de la conduite que doit tenir l'Accoucheur ou la Sage-femme dans l'Accouchement naturel.	114
Chapitre XVII. de la ligature du cordon ombilical.	117
Chapitre XVIII. de l'extraction de l'arrière-faix ou placenta.	118
Chapitre XIX. de l'arrière-faix adhérent ou resté dans la matrice.	120
Chapitre XX. des soins qu'on doit avoir de la femme en couche.	126
Chapitre XXI. des soins qu'exige l'enfant.	131
Chapitre XXII. manière de soigner l'enfant depuis le moment de sa naissance, jusqu'au tems qu'on le sevre.	137
Chapitre XXIII. du choix d'une nourrice.	139
Chapitre XXIV. manière de nourrir l'enfant & des soins qu'on doit lui donner.	144
Manière dont on doit sevrer un enfant.	149
Chapitre XXV. de la fausse-couche ou avortement.	151
Chapitre XXVI. de l'Accouchement prématuré.	155

T A B L E.

Chapitre XXVII. de l'Accouchement tardif.	157
Chapitre XXVIII. de l'Accouchement d'un enfant mort.	158
Chapitre XXIX. de l'Accouchement des jumeaux.	164
Chapitre XXX. de la superfétation.	169
Chapitre XXXI. de la fausse grossesse & de l'extraction de la môle.	170
Chapitre XXXII. état dans lequel se trouve une femme après avoir accouché.	173

I I. P A R T I E.

<i>Des Accouchemens laborieux & contre-nature en général.</i>	179
Chapitre I. de l'Accouchement laborieux , occasionné par les défauts corporels de la mère.	180
Art. I. des vices des grandes & des petites lèvres de la vulve.	181
Seçt. I. l'enflure œdémateuse des grandes lèvres.	182
Seçt. II. la tumeur sanguine des grandes lèvres.	183
Seçt. III. l'inflammation & l'abcès des grandes lèvres.	ibid
Seçt. IV. la dureté & la rénitence de ces parties.	184
Art. II. des vices du vagin.	ibid
Seçt. I. l'étroitesse contre-nature du vagin.	185
Seçt. II. la réunion du vagin.	186
Seçt. III. l'existence de l'hymen.	ibid
Seçt. IV. les tumeurs dans le vagin.	187
Seçt. V. la chute du vagin.	ibid
Seçt. VI. la hernie du vagin.	188
Seçt. VII. l'inflammation du vagin.	ibid
Seçt. VIII. les ulcères & excoriations douloureuses du vagin.	189
Seçt. IX. la sécheresse du vagin.	ibid
Seçt. X. les contractions convulsives du vagin.	190
Seçt. XI. l'ouverture du vagin dans le rectum ou au-dessous du nombril.	ibid
Art. III. des vices de l'orifice de la matrice.	192
Seçt. I. la réunion de l'orifice de la matrice.	193
Seçt. II. l'endurcissement des bords de l'orifice de la matrice.	ibid
Seçt. III. les tumeurs à l'orifice de la matrice.	195
Seçt. IV. l'inflammation de l'orifice de la matrice.	196
Seçt. V. la descente de l'orifice de la matrice.	ibid.
Seçt. VI. la contraction convulsive de l'orifice de la matrice.	ibid.
Art. IV. des vices de la matrice.	197
Seçt. I. la position oblique de la matrice.	198
Seçt. II. la hernie de la matrice.	205
Seçt. III. l'inflammation de la matrice.	207
Seçt. IV. la gangrène de la matrice.	208
Seçt. V. l'inertie ou atonie de la matrice.	ibid.

T A B L E.

Sect. VI. le déchirement de la matrice.	211
Sect. VII. la séparation de la matrice du vagin.	215
Sect. VIII. l'hémorrhagie de la matrice.	217
Chapitre II. de l'Accouchement laborieux, causé par le défaut des douleurs.	226
Art. I. de la cessation des douleurs vraies.	ibid
Art. II. des douleurs fausses.	228
Chapitre III. de l'Accouchement laborieux, causé par la foiblesse & la mal-adresse de la femme en travail.	230
Chapitre IV. de l'obstacle que peuvent causer à l'Accouchement, les parties voisines de la matrice.	231
Sect. I. la trop grande distension de la vessie urinaire.	ibid.
Sect. II. l'amas des matières fécales.	232
Sect. III. gonflement des vaisseaux hémorrhoidaux.	ibid.
Sect. IV. tumeurs dans les ovaires.	233
Chapitre V. des vices des parties éloignées, qui retardent l'Accouchement.	ibid
Sect. I. lorsque la femme est trop jeune.	234
Sect. II. lorsque la femme est trop âgée.	ibid
Sect. III. lorsque la femme a trop d'embonpoint.	235
Sect. IV. lorsque la femme est hydropique.	ibid
Sect. V. lorsque la femme est d'un tempérament fort sanguin.	236
Sect. VI. lorsque la femme a des convulsions.	ibid
Sect. VII. lorsque la femme est boiteuse ou bossue.	238
Sect. VIII. lorsque la femme est d'une trop petite taille.	239
Sect. IX. lorsque la femme est accablée de maladies.	ibid
Sect. X. lorsque la femme est morte.	240
Chapitre VI. de l'Accouchement laborieux, occasionné par les défauts de l'enfant, & de ce qui lui appartient.	241
Art. I. défauts de la tête de l'enfant.	ibid
Sect. I. la grosseur excessive de la tête.	ibid
Sect. II. la difformité de la tête.	249
Sect. III. l'hydrocéphale.	ibid
Sect. IV. deux têtes sur le même tronc.	251
Sect. V. l'ossification de la fontanelle & des sutures.	253
Art. II. des défauts corporels de l'enfant.	ibid
Sect. I. la trop grande largeur des épaules.	254
Sect. II. la difformité du corps de l'enfant.	256
Sect. III. deux jumeaux réunis ensemble.	ibid
Sect. IV. l'enfant hydropique.	258
Chapitre VII. de l'Accouchement laborieux, occasionné par le vice des parties, qui, durant la grossesse, établissent la communication du fœtus avec la mère.	259

T A B L E.

Art. I. des vices du cordon ombilical.	260
Seçt. I. lorsque le cordon est trop court.	ibid
Seçt. II. le cordon entortillé autour du cou de l'enfant.	262
Seçt. III. lorsque le cordon sort seul ou avec quelqu'autre partie de l'enfant.	265
Art. II. des défauts du placenta.	268
Seçt. I. lorsque le placenta se présente le premier au passage.	269
Seçt. II. l'implantation du placenta contre-nature.	275
Seçt. III. la rétention du placenta après l'Accouchement.	276
Art. III. des défauts des membranes de l'enfant.	ibid
Seçt. I. les membranes trop épaisses.	ibid
Seçt. II. les membranes trop minces.	277
Art. IV. du défaut des eaux.	278
Seçt. I. la trop grande quantité d'eau.	ibid
Seçt. II. le défaut d'eau.	279

I I I. P A R T I E,

Dans laquelle on traite des Accouchemens contre-nature.	281
Chapitre I. de l'Accouchement contre-nature en général.	ibid
Chapitre II. des circonstances qu'on doit observer pour retourner un enfant.	285

I. A C C O U C H E M E N T.

L'enfant présente les deux pieds au passage, les talons tournés vers le pubis & les orteils vers le sacrum de la mère.	293
Récapitulation.	301
Seconde espèce de l'Accouchement précédent. L'enfant présente les pieds, il est placé sur le côté droit, son ventre regarde l'os des îles droit & son dos le gauche.	302
Troisième espèce de l'Accouchement précédent. L'enfant présente les pieds, le dos tourné vers le sacrum de la mère & le ventre vers le pubis.	304

I I. A C C O U C H E M E N T.

L'enfant présente les fesses au passage, le dos tourné en avant & le ventre en arrière, les jambes pliées sur celui-ci, & le cordon, sur lequel il y a un nœud, entortillé autour de son cou, de son bras & de son corps.	307
---	-----

I I I. A C C O U C H E M E N T.

L'enfant présente les fesses, le visage & le ventre tournés vers les os pubis de sa mère.	314
---	-----

TABLE.

IV. ACCOUCHEMENT.

L'enfant présente les fesses, le dos tourné vers l'os des îles droit de la mère, le ventre & le visage vers le gauche. 316

V. ACCOUCHEMENT.

L'enfant présente la jambe droite, le derrière repose sur l'os des îles gauche & sa tête sur celui des îles droit, le ventre en bas, la jambe gauche pliée sur cette dernière partie & le cordon entortillé autour d'une de ses cuisses. 319

VI. ACCOUCHEMENT.

L'enfant présente le bras droit au passage, la tête appuyée sur l'os des îles droit & ses fesses sur le gauche; le dos en avant & le ventre en arrière, les deux jambes pliées sur ce dernier. 322

VII. ACCOUCHEMENT.

L'enfant présente le pied droit & la main gauche, la face appuyée sur l'os des îles gauche de la mère, le derrière sur le droit, le ventre en bas & le dos en haut. 330

VIII. ACCOUCHEMENT.

L'enfant présente la tête, la face tournée vers l'os des îles droit & l'occiput vers le gauche, le dos occupe le fond de la matrice; les jambes sont fléchies sur le bas-ventre, les deux pieds appuyés sur la face, & se font sentir avec la tête. 331

IX. ACCOUCHEMENT.

L'enfant présente la nuque, l'occiput appuyé sur l'os des îles gauche de la mère, son derrière sur le droit & les deux jambes pliées sur son ventre. 334

X. ACCOUCHEMENT.

L'enfant présente la nuque, le vertex regarde l'une des parties latérales de la faillie de l'os sacrum & le dos le bord supérieur du pubi. 335

XI. ACCOUCHEMENT.

L'enfant présente la nuque, le vertex tourné du côté des os pubis de la mère, & le dos appuyé sur la faillie de l'os sacrum. 336

XII. ACCOUCHEMENT.

L'enfant présente le dos, l'occiput placé sur l'os des îles gauche, le derrière sur le droit, & les jambes repliées sur son ventre. 338

T A B L E.

XIII. ACCOUCHEMENT.

L'enfant présente la poitrine, le visage appuyé sur l'os des îles droit de sa mère, le ventre sur le gauche & les jambes pliées sur son dos. 342

XIV. ACCOUCHEMENT.

L'enfant présente le ventre, la poitrine appuyée sur l'os des îles droit de sa mère & les cuisses sur le gauche, les jambes repliées sur son dos & le cordon ombilical hors du vagin. 345

XV. ACCOUCHEMENT.

L'enfant présente l'épaule droite, son oreille droite appuyée sur l'os des îles gauche de sa mère, sa hanche droite sur le droit, le dos en avant & le ventre en arrière. 350

XVI. ACCOUCHEMENT.

L'enfant présente l'aisselle droite, le bras droit appuyé sur l'os des îles gauche de la mère & à côté de sa tête, & la hanche droite sur le droit, la poitrine en haut & le dos en bas. 352

XVII. ACCOUCHEMENT.

L'enfant présente le côté droit, l'oreille droite appuyée sur l'os des îles gauche de sa mère, la hanche sur le droit, le dos en avant & le ventre en arrière. 353

XVIII. ACCOUCHEMENT.

L'enfant présente le coude droit à l'orifice de la matrice, la tête appuyée sur l'os des îles gauche & les fesses sur le droit. 354

XIX. ACCOUCHEMENT.

L'enfant présente les deux genoux, le dos en arrière & le ventre en avant. 355

Chapitre III. des Accouchemens contre-nature, dans lesquels l'enfant présente la tête. 356

I. ACCOUCHEMENT.

L'enfant présente la tête au passage, le vertex en avant, l'occiput regarde la symphise de l'os pubis de la mère & la face le sacrum. 359

T A B L E T

I I. A C C O U C H E M E N T.

L'enfant présente le vertex, la face regarde la symphise des os pubis de la mère, & l'occiput le sacrum. 361

I I I. A C C O U C H E M E N T.

L'enfant présente le vertex, la face tournée du côté de l'os des iles droit de la mère, & le cordon entortillé autour de son cou & de son bras droit. 362

I V. A C C O U C H E M E N T.

L'enfant présente la face sur le diamètre oblique du détroit supérieur du petit bassin, le dos en avant & le ventre en arrière. 366

V. A C C O U C H E M E N T.

L'enfant présente le côté droit de sa tête, le vertex tourné vers l'os des iles gauche de sa mère, & l'épaule vers le droit. 369

V I. A C C O U C H E M E N T.

L'enfant présente l'occiput, le vertex regarde le côté droit de l'os des iles droit de la mère & la nuque le côté gauche. 370

V I I. A C C O U C H E M E N T.

L'enfant présente la nuque & une partie de l'occiput, le vertex regarde l'os des iles droit de la mère, ses pieds sont placés sur ses épaules, & se présentent en même tems au passage. 371

Chapitre IV. des instrumens dont on se sert aujourd'hui dans les Accouchemens. 372

Art. I. du levier & de son usage. 375

Art. II. de l'usage du forceps. 378

Art. III. de l'usage du crochet émouffé. 380

Chapitre V. de la manière d'ouvrir le crâne pour le vuider & le diminuer. 382

Chapitre VI. de la manière de diminuer le volume de la poitrine d'un enfant. 385

Chapitre VII. de la manière d'extraire la tête de l'enfant séparée du tronc & retenue dans le sein de la mère. 387

Chapitre VIII. de la manière d'extraire le tronc, après avoir arraché la tête. 390

Chapitre IX. de la section de la symphise du pubis. 391

Chapitre X. de l'opération césarienne. 394



Rheinlaender Dreimass

Fig. 1

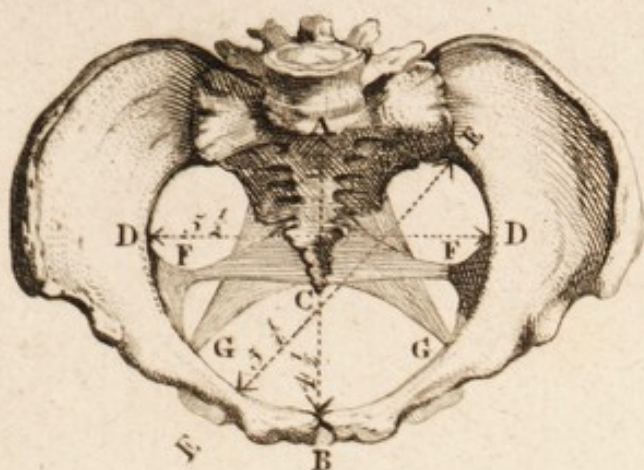


Fig. 2

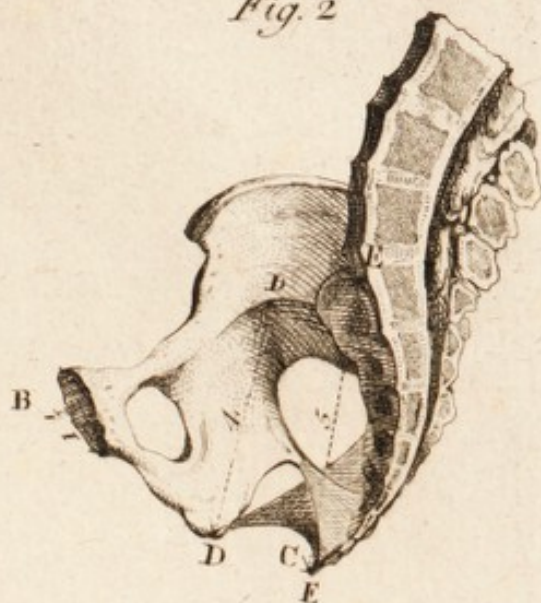


Fig. 3

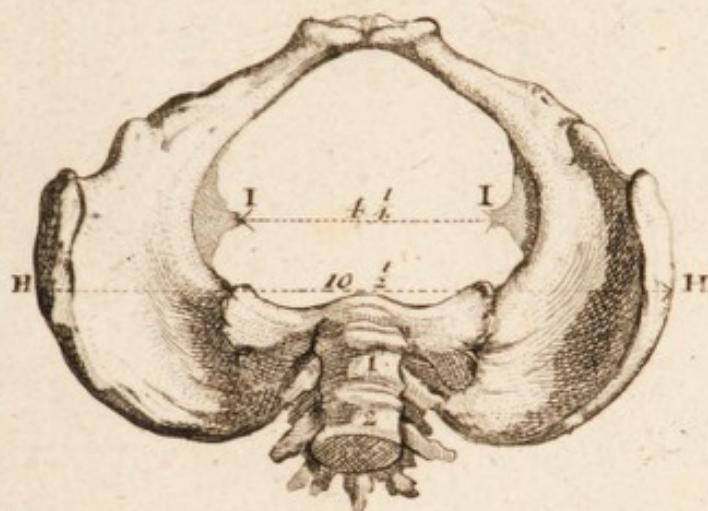


Fig. 4



Fig. 5.

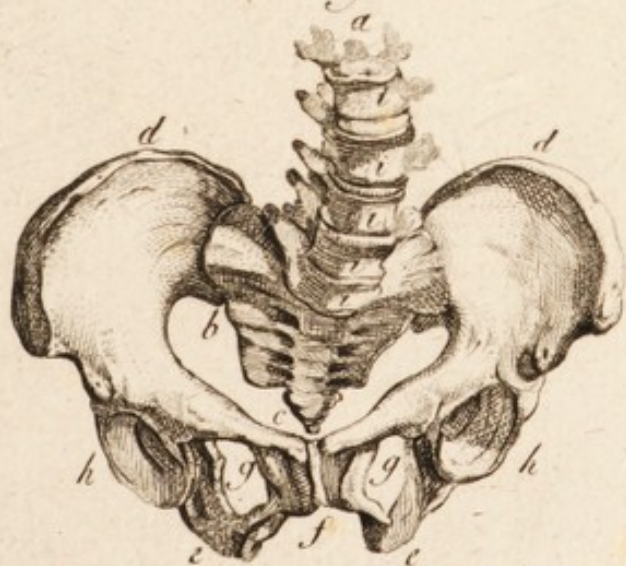


Fig. 6.



Fig. 7



Fig. 1.

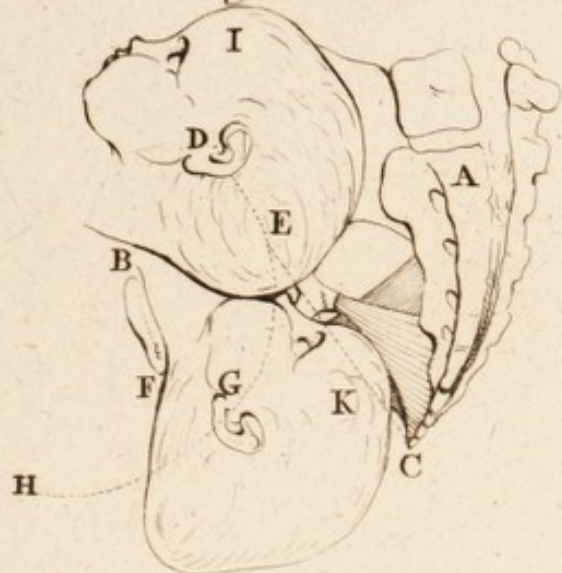


Fig. 2.

Pl. II

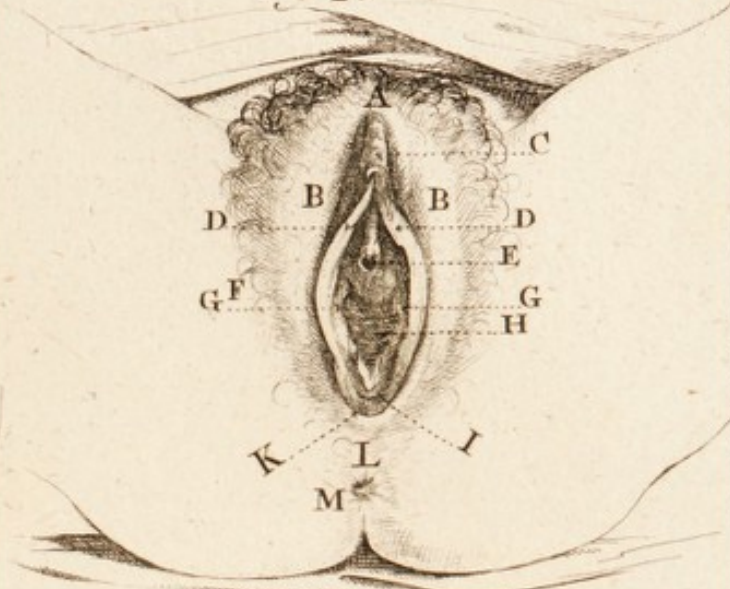


Fig. 3.

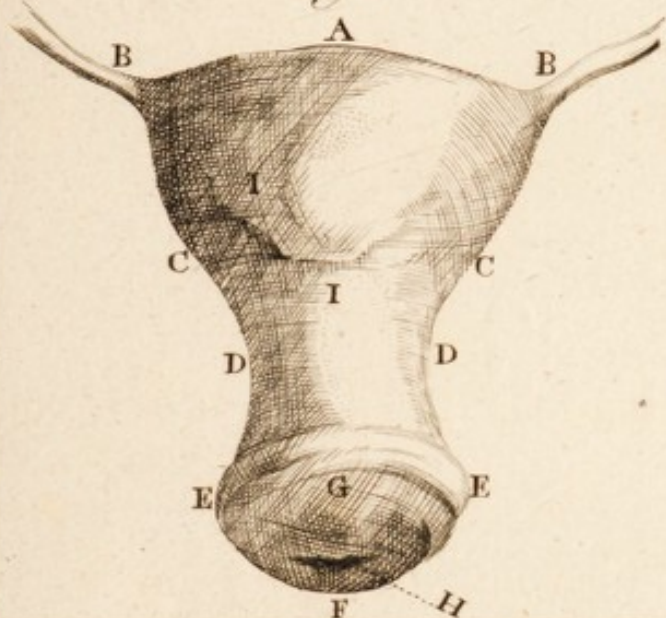


Fig. 4.

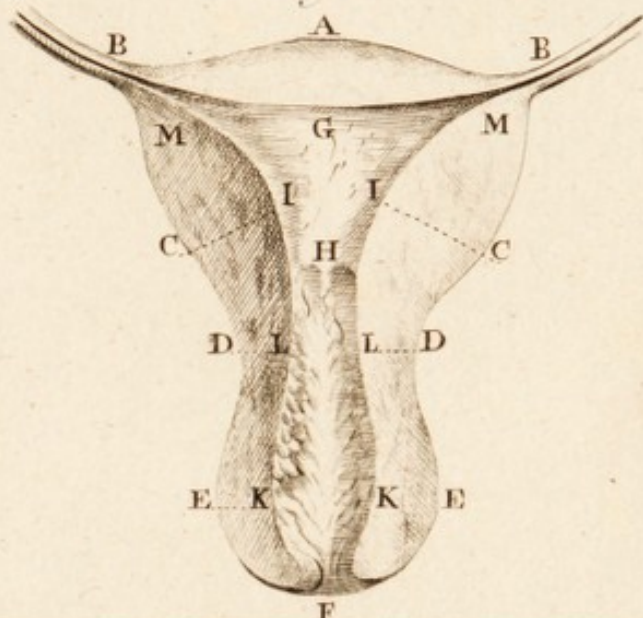


Fig. 5.

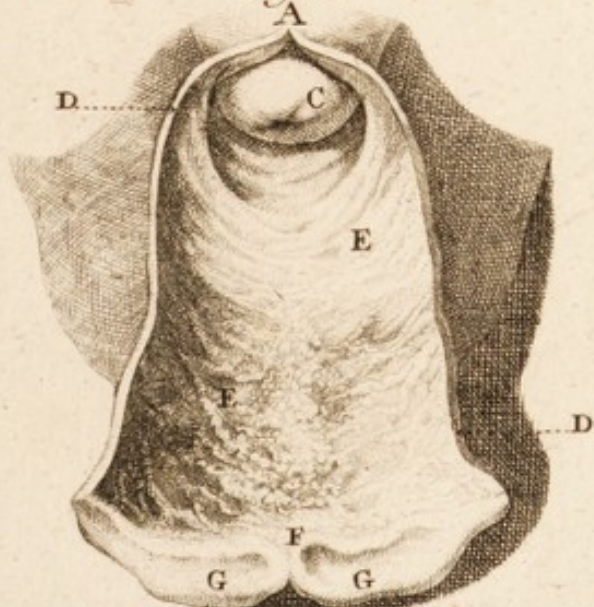


Fig. 6.

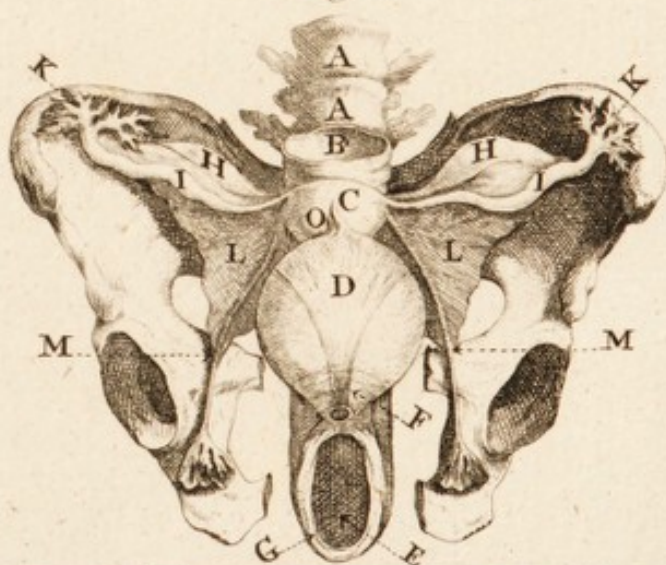


Fig 1.

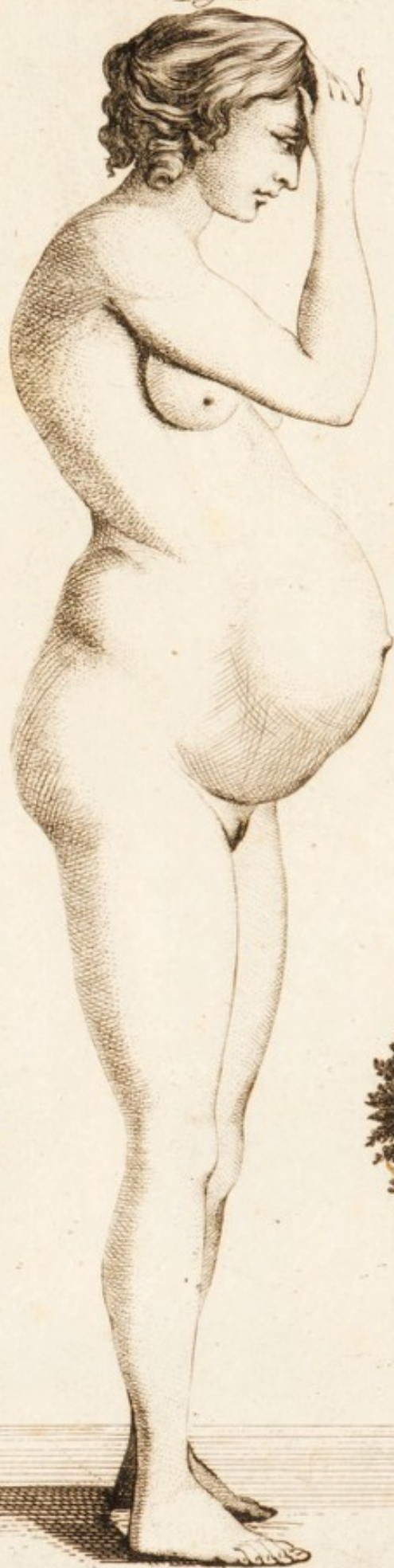


Fig 2

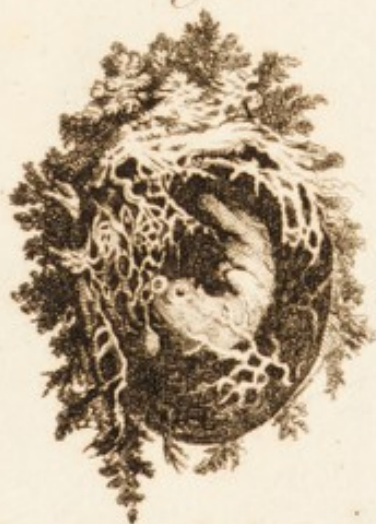
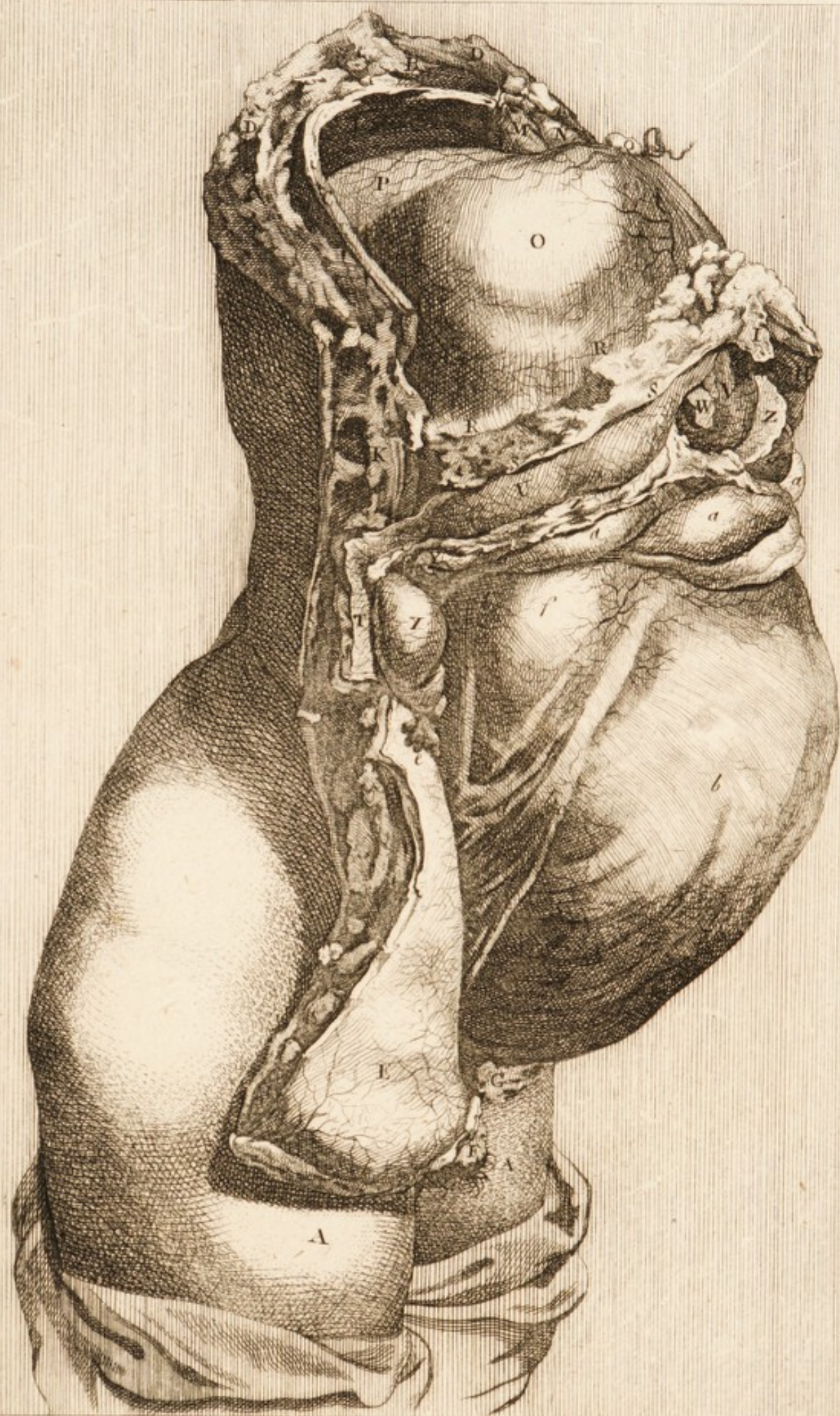


Fig 3





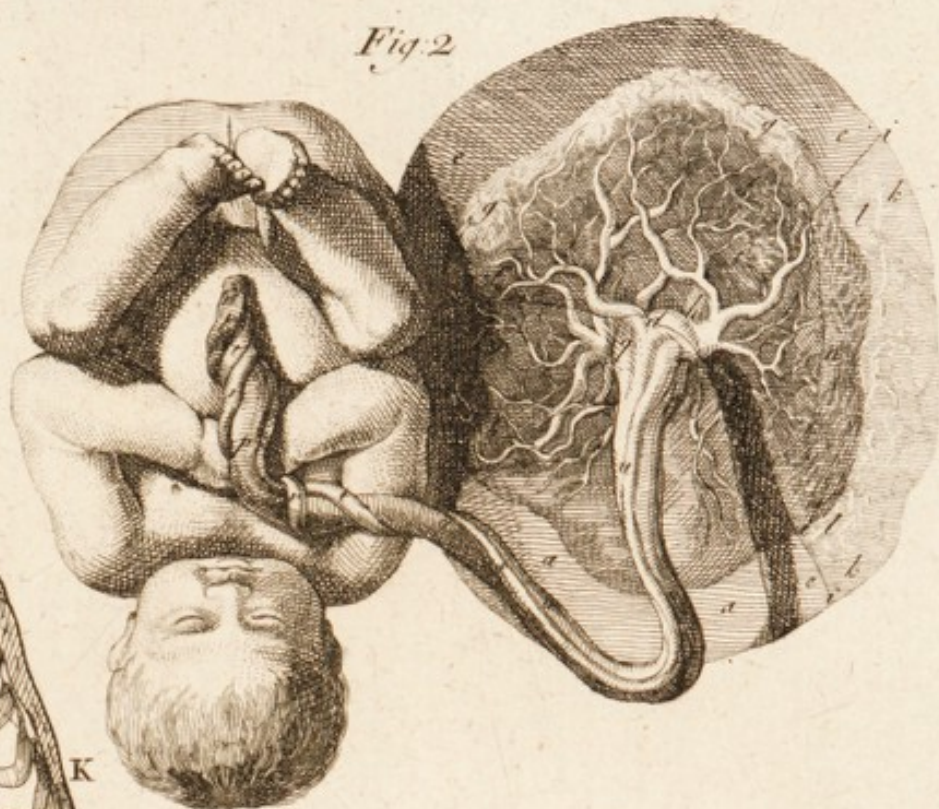
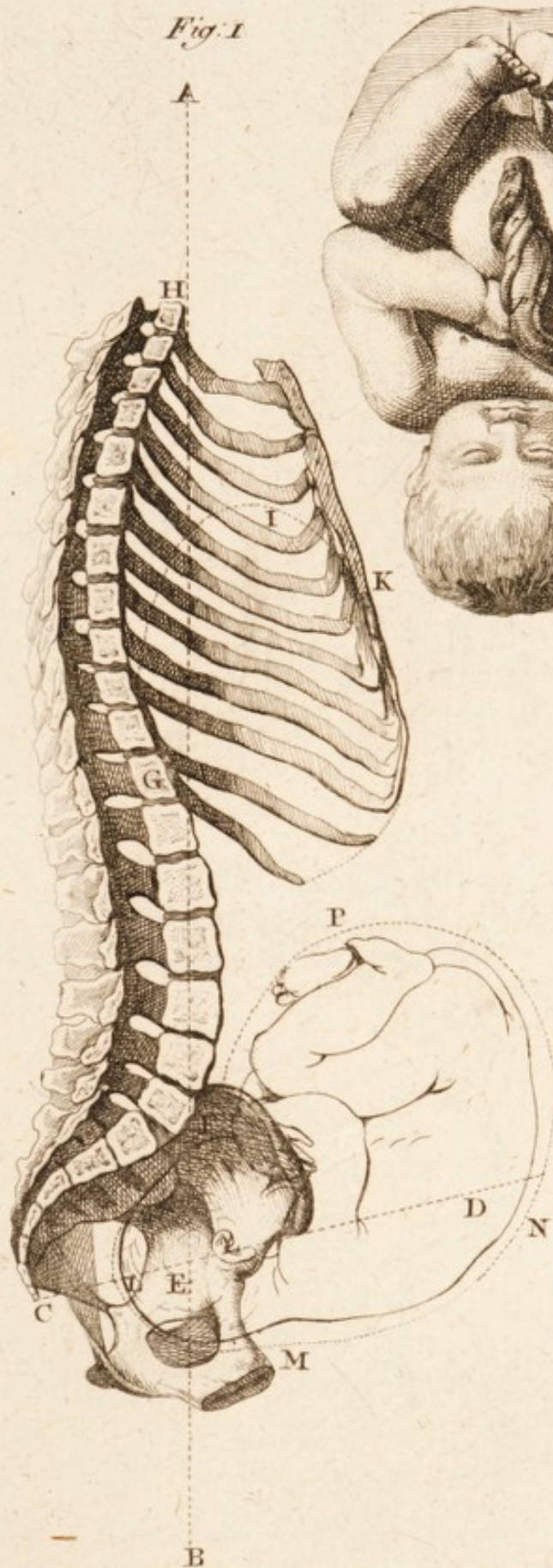




Fig 2

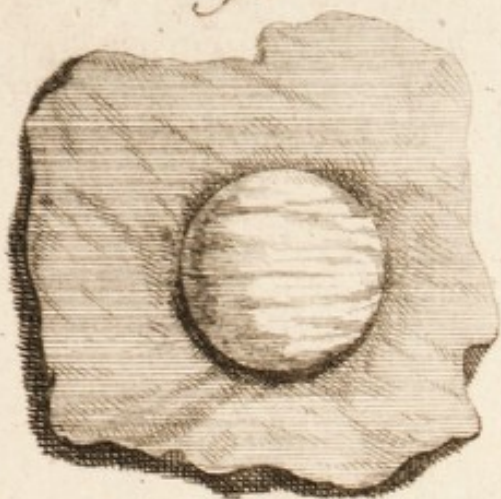


Fig 1.

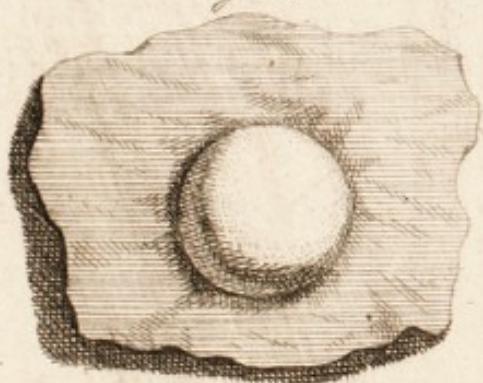


Fig. 4.



Fig. 3.

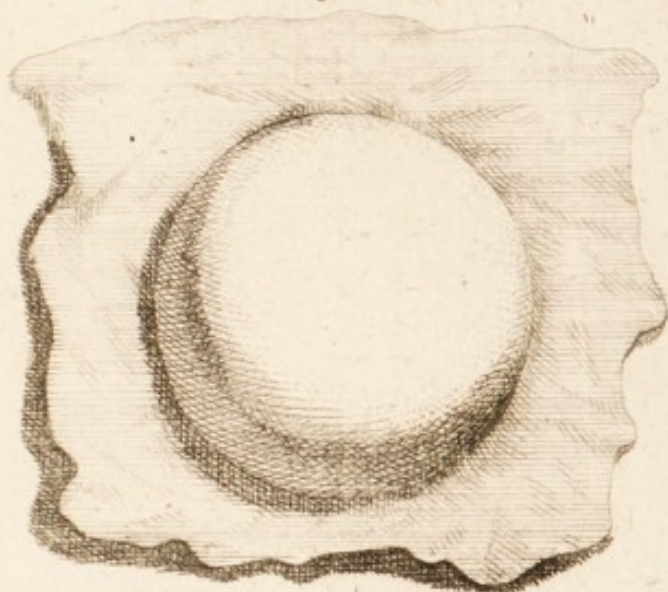


Fig. 5



Fig. 7



Fig 6.



Fig. 1

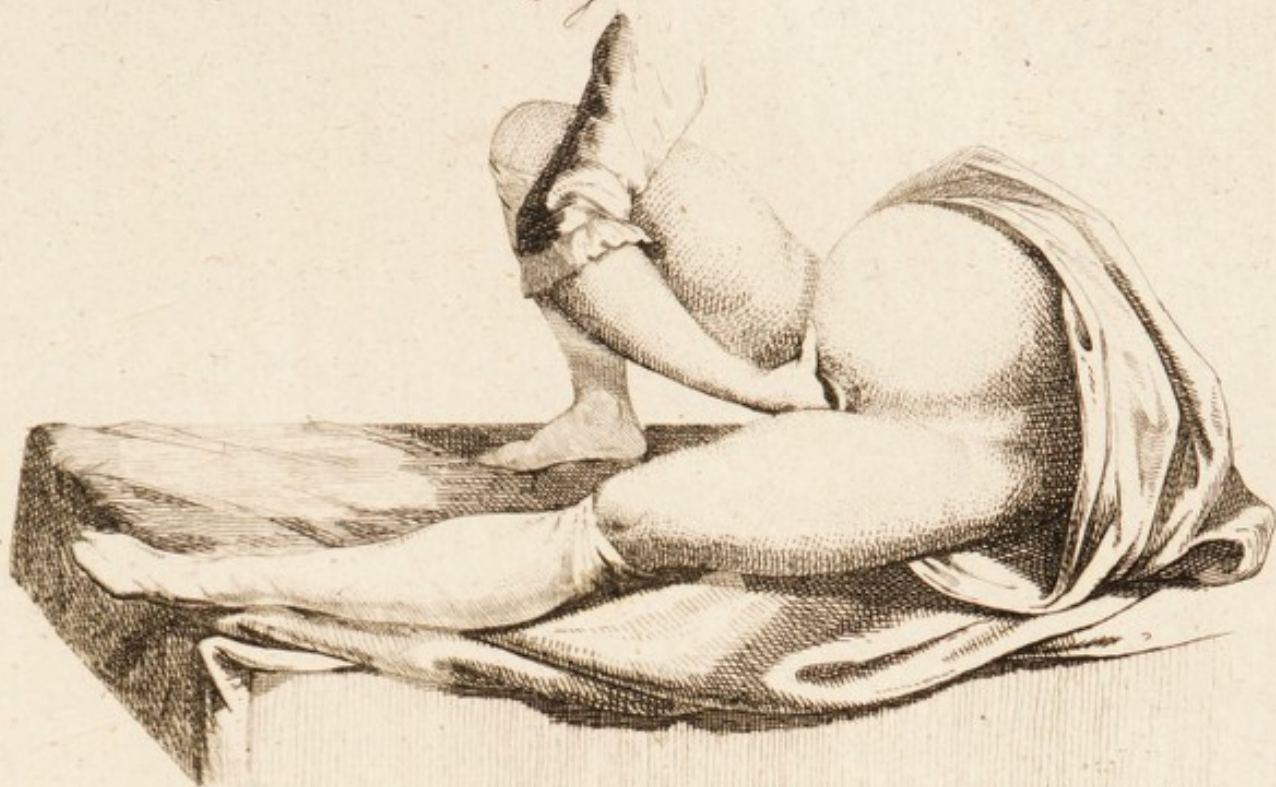


Fig. 2



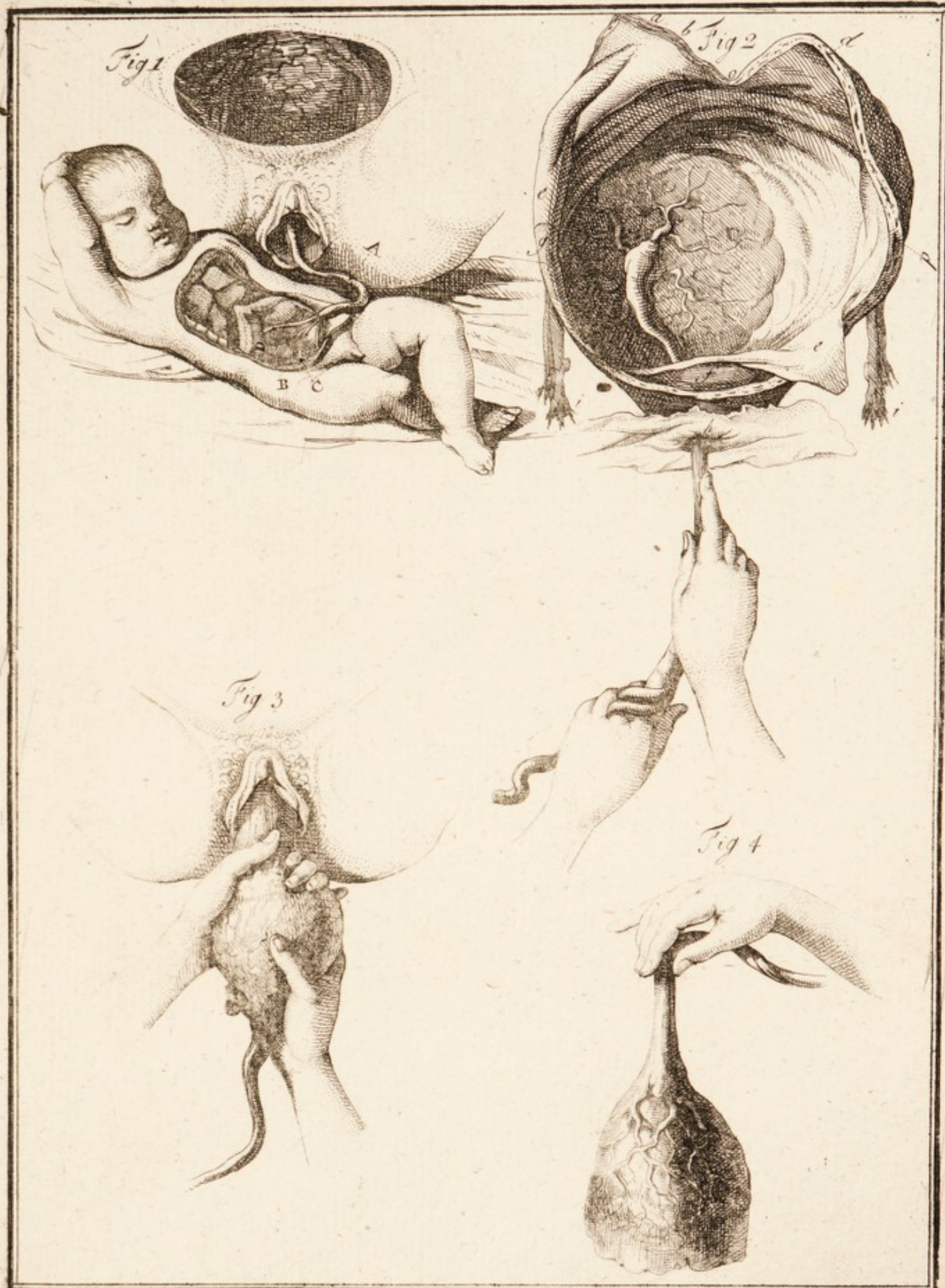


Fig. 2.



Fig. 1.



Fig. 3.



Fig. 4.



Fig. 1.

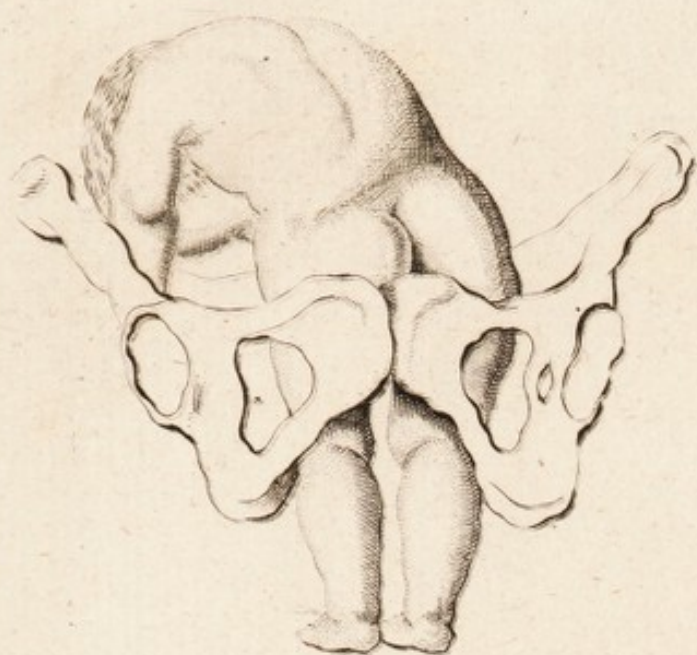


Fig. 2.



Fig. 5.

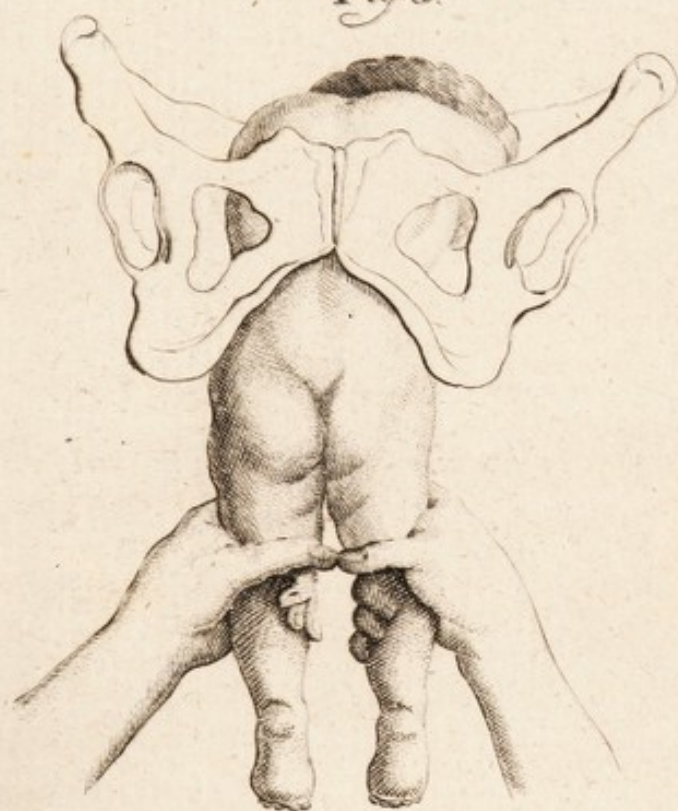


Fig. 6.



Fig. 3.



Fig. 4.

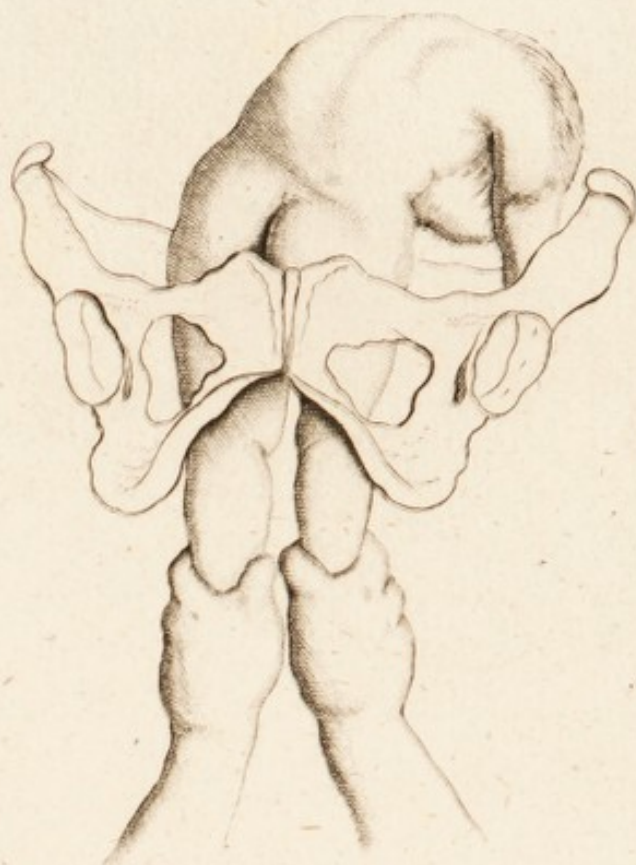


Fig. 7.



Fig. 8.



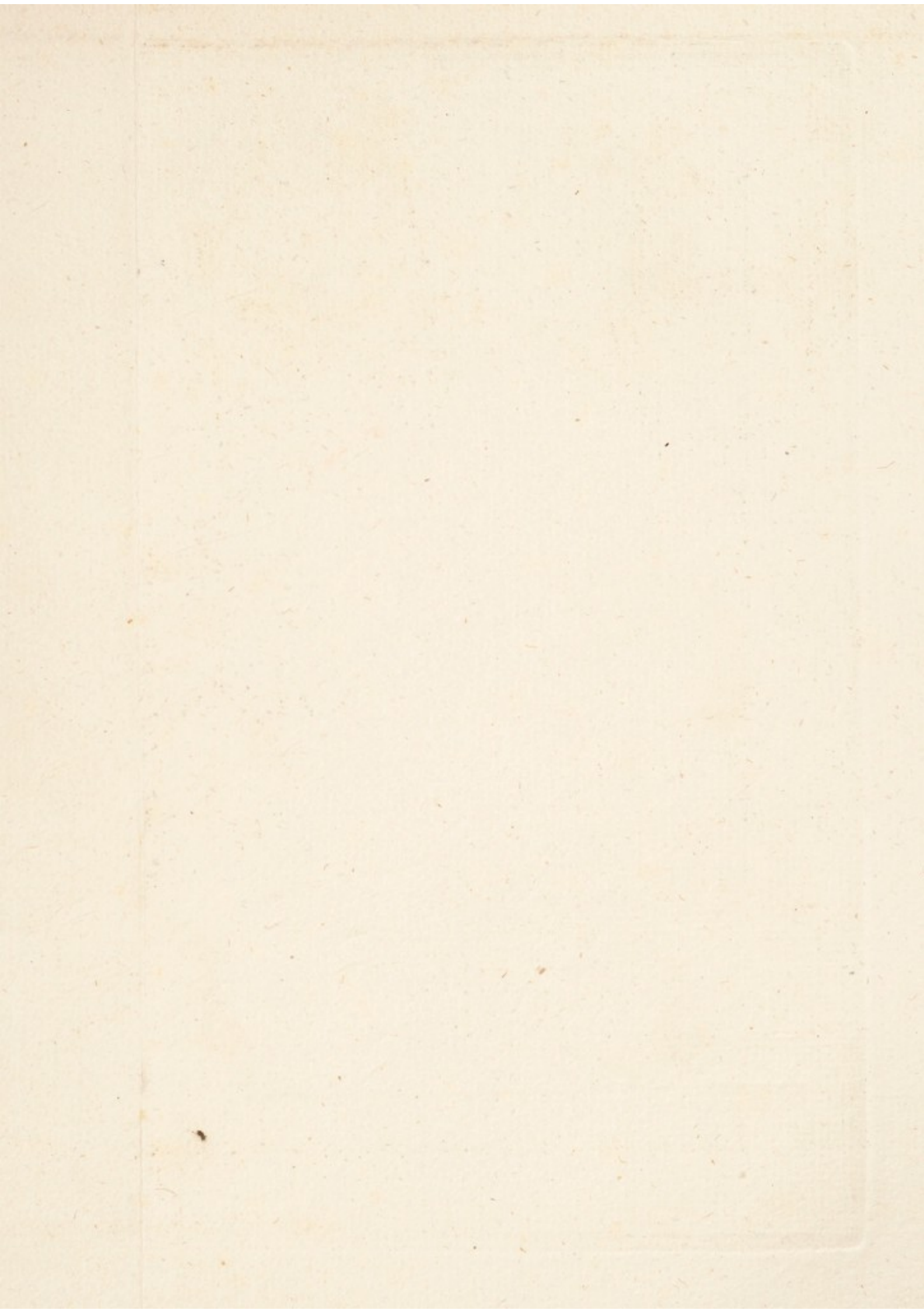


Fig. 1.



Fig. 2.

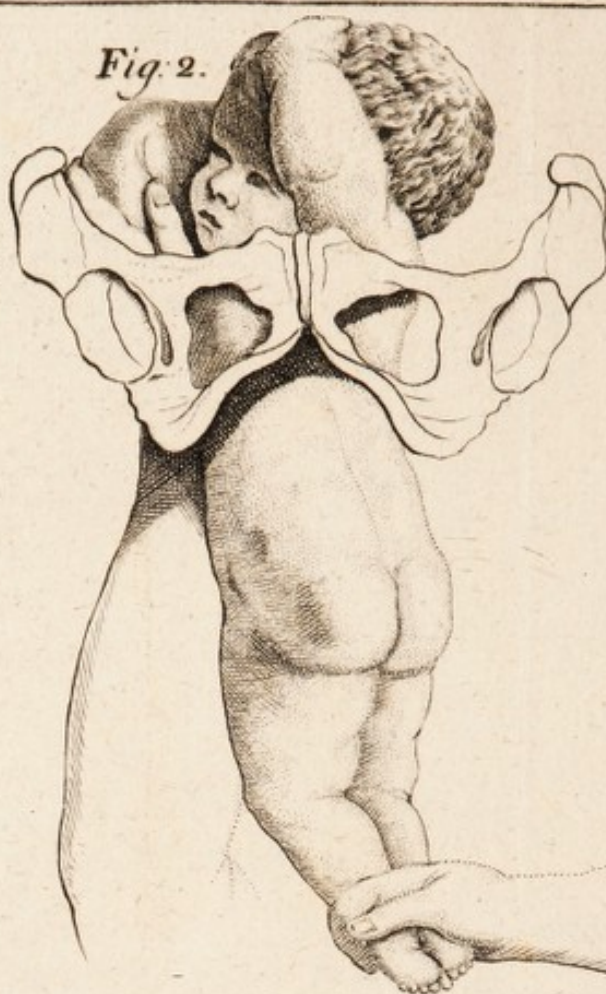


Fig. 5.



Fig. 3.



Fig. 4.



Fig. 8.



Fig 6.



Fig: 7.



Fig 9.

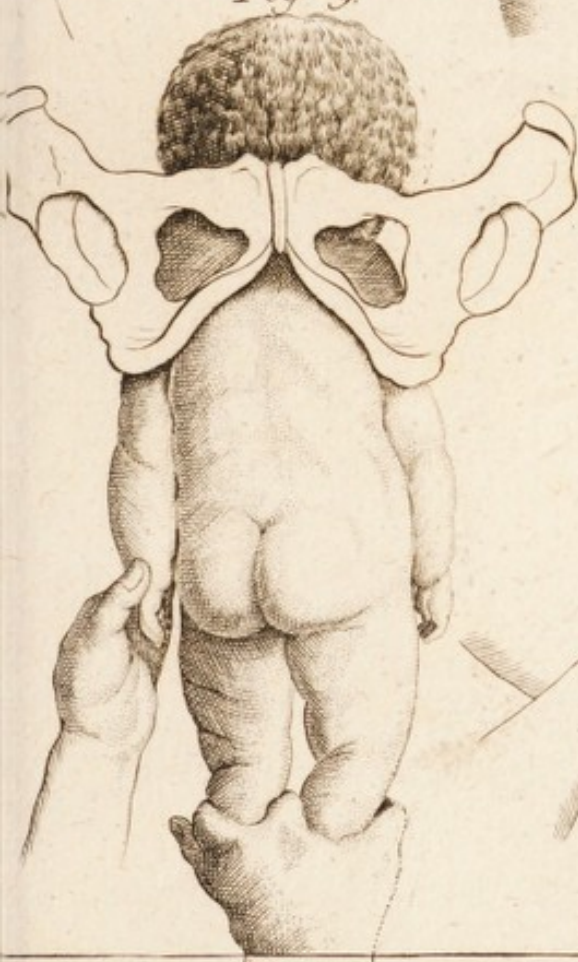


Fig 10.



Fig. 1.

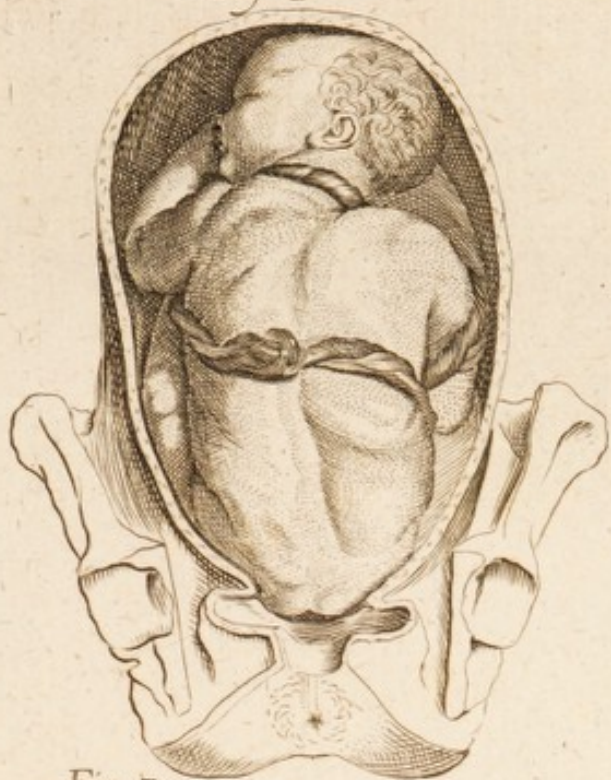


Fig. 2.



Fig. 3.

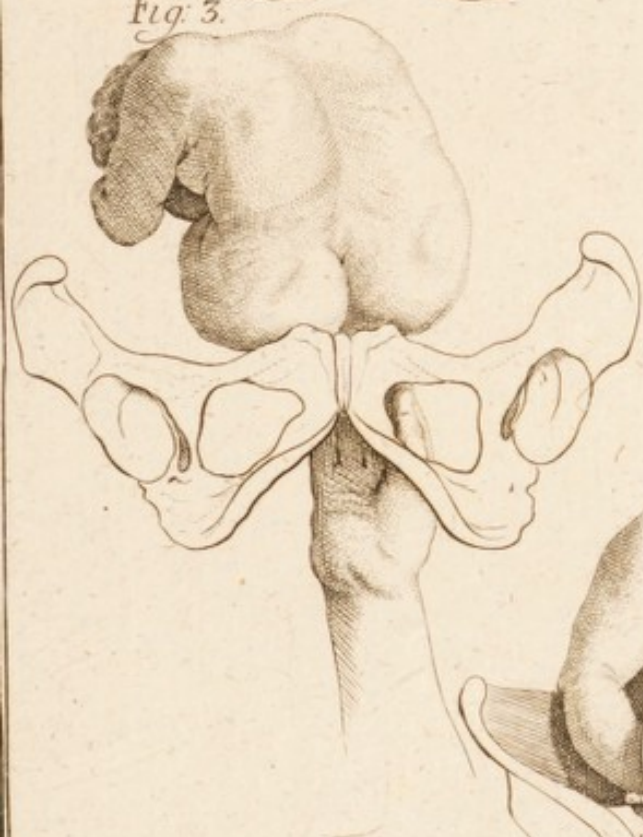


Fig. 4.



Fig. 5.



Fig. 2.



Fig. 1.



Fig. 5.

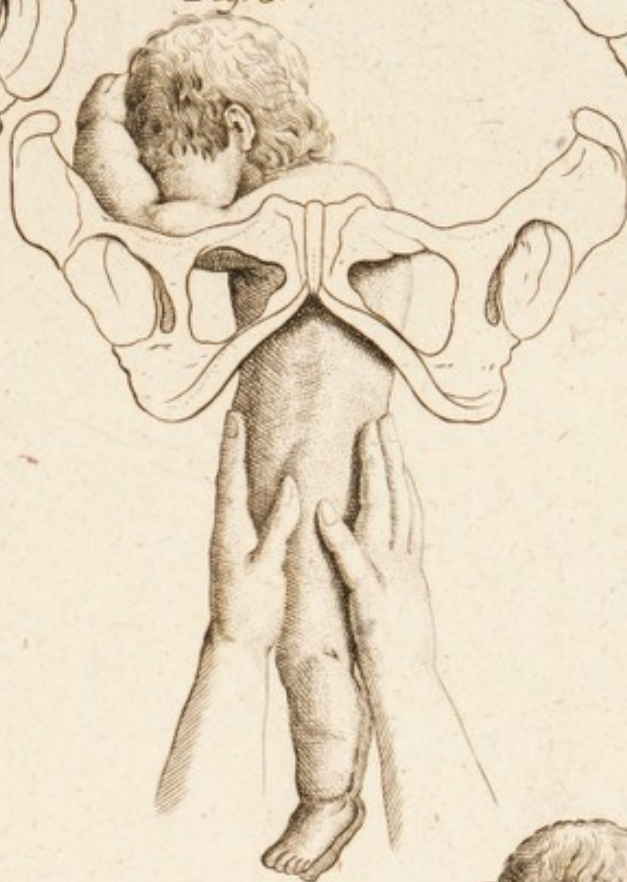


Fig. 4.

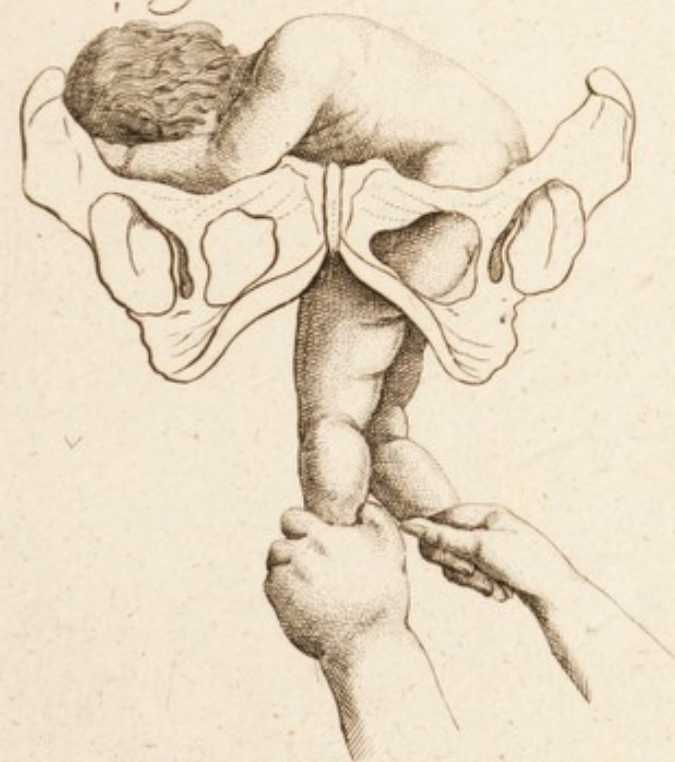


Fig. 3.



Fig: 1



Fig: 2

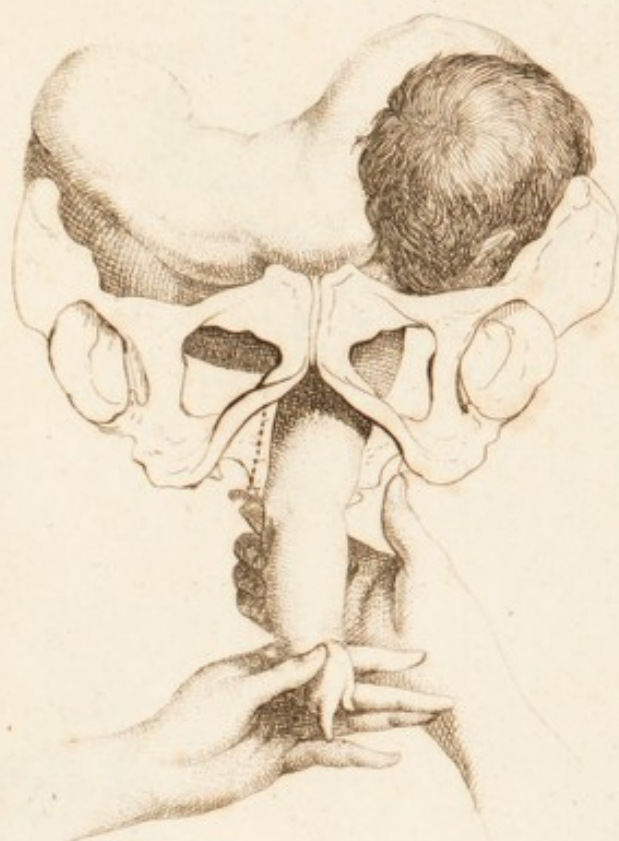


Fig: 3



Fig: 4



Fig. 1.

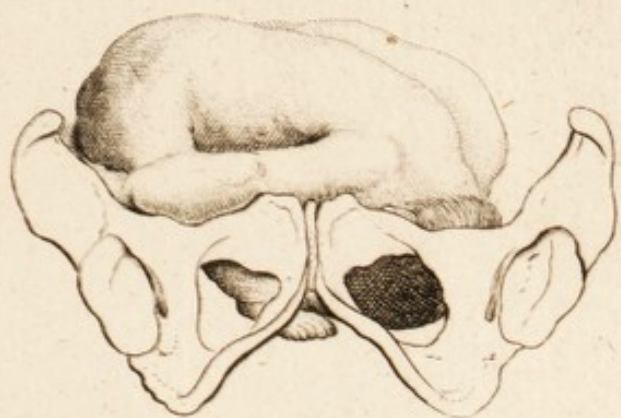


Fig. 2.



Fig. 3.



Fig. 5.

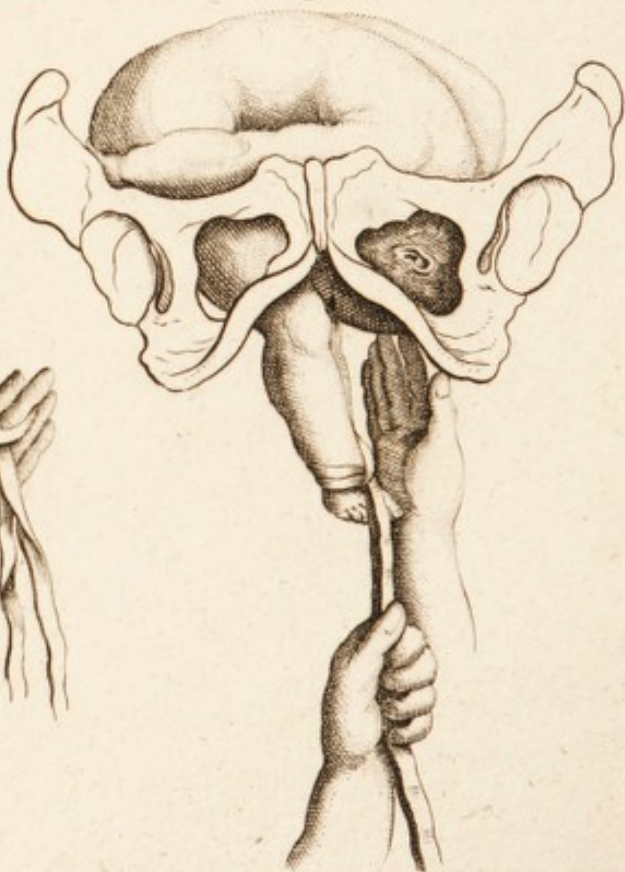


Fig. 4.

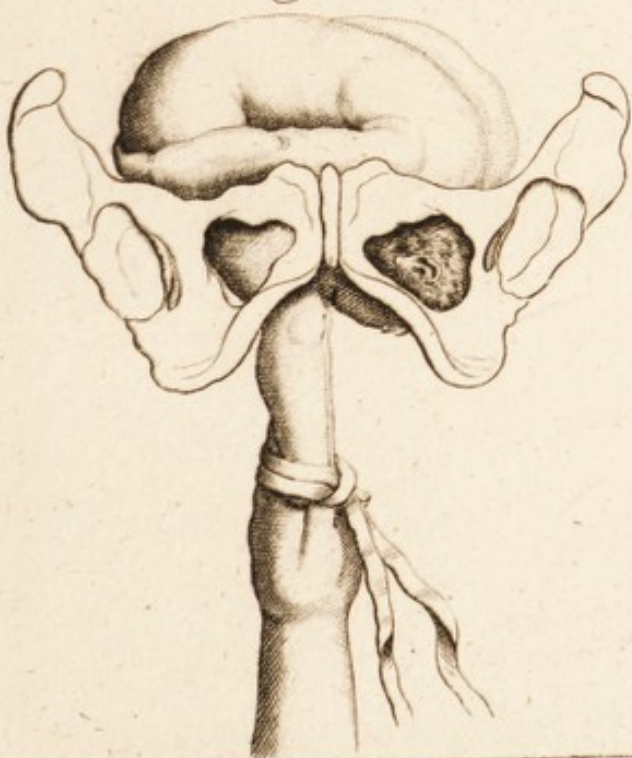


Fig. 1.



Fig. 2



Fig. 3.



Fig. 4.



Fig. 5.

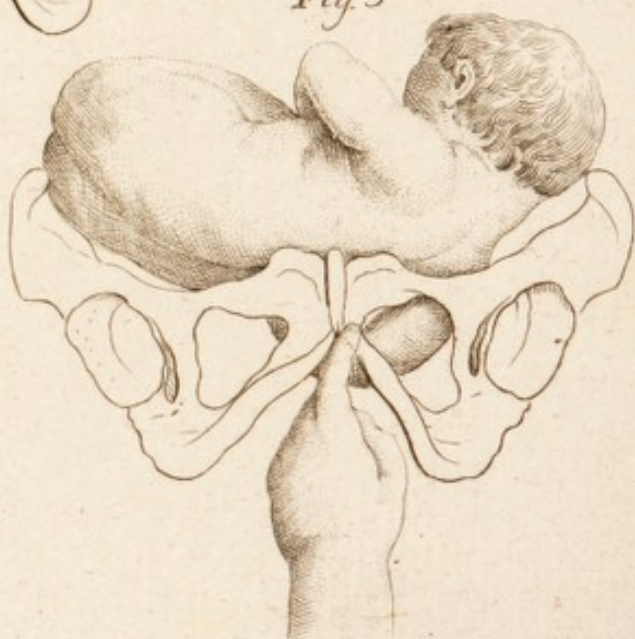


Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 5.



Fig. 3.

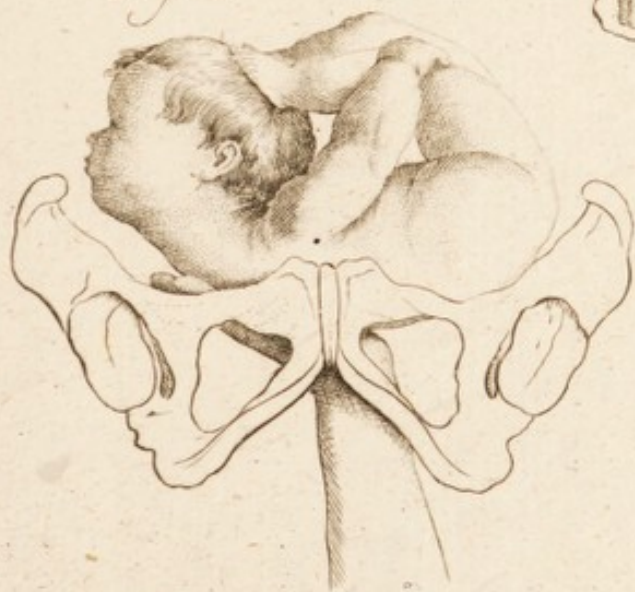


Fig. 4.

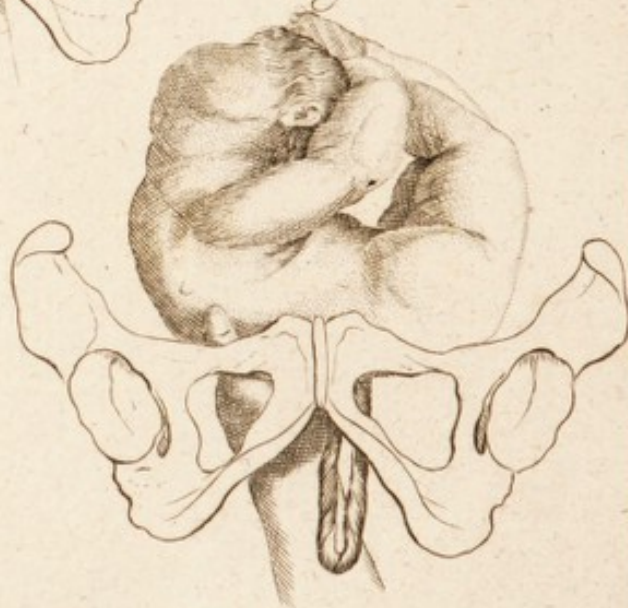


Fig. 1.

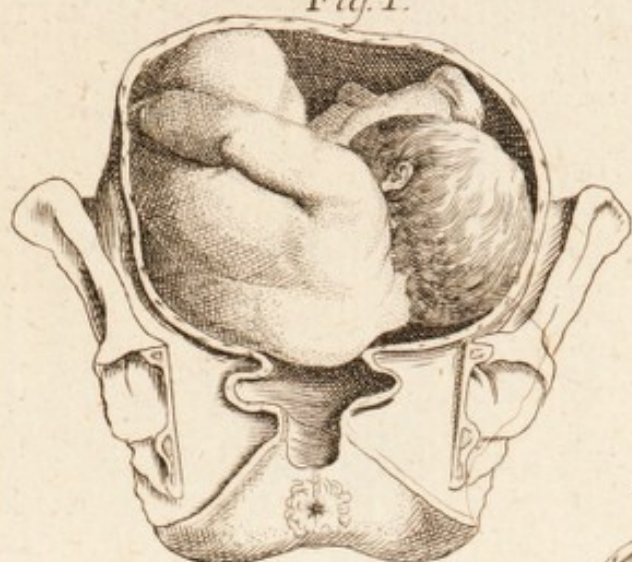


Fig. 2.



Fig. 3.



Fig. 4.



Fig. 5.

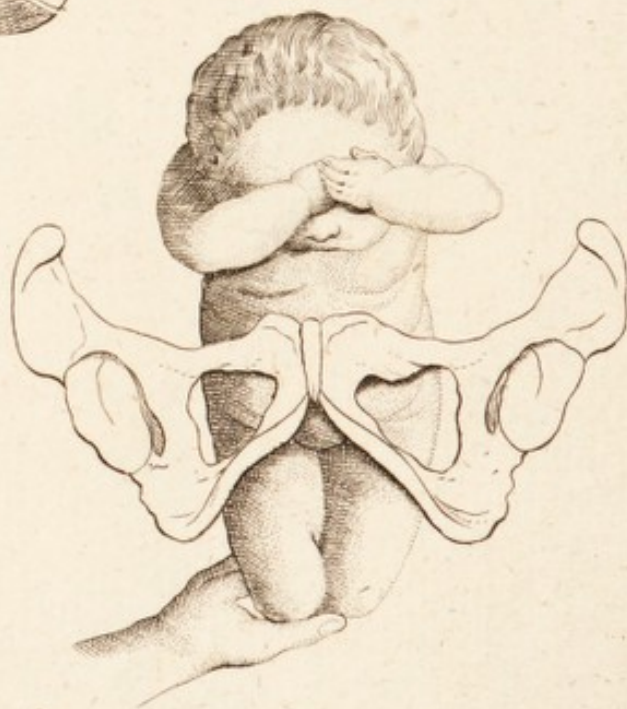


Fig. 1.

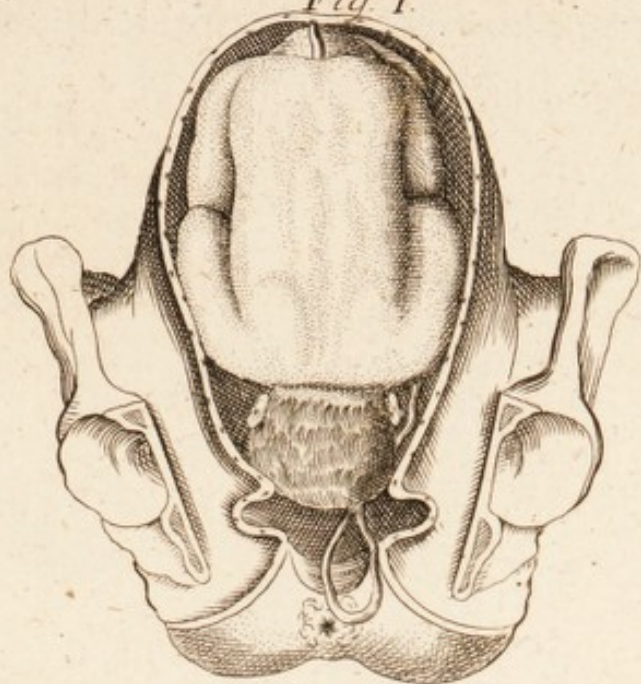


Fig. 4.

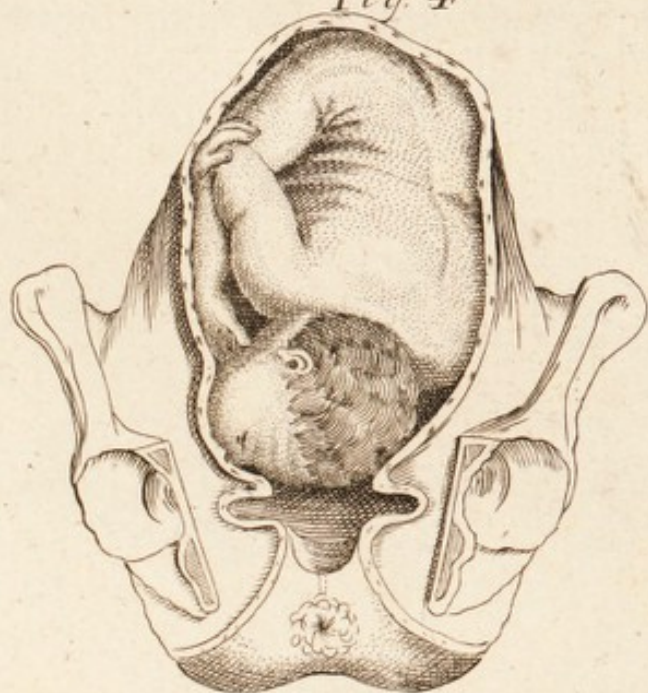


Fig. 2.

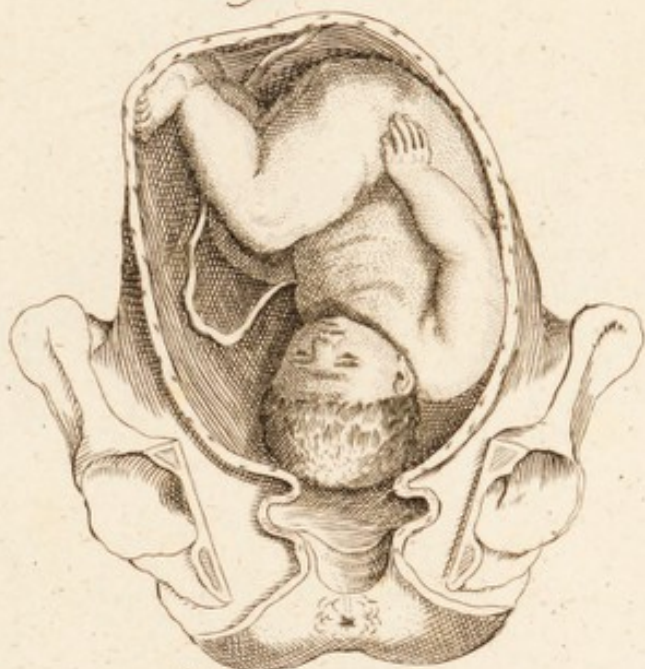


Fig. 5.

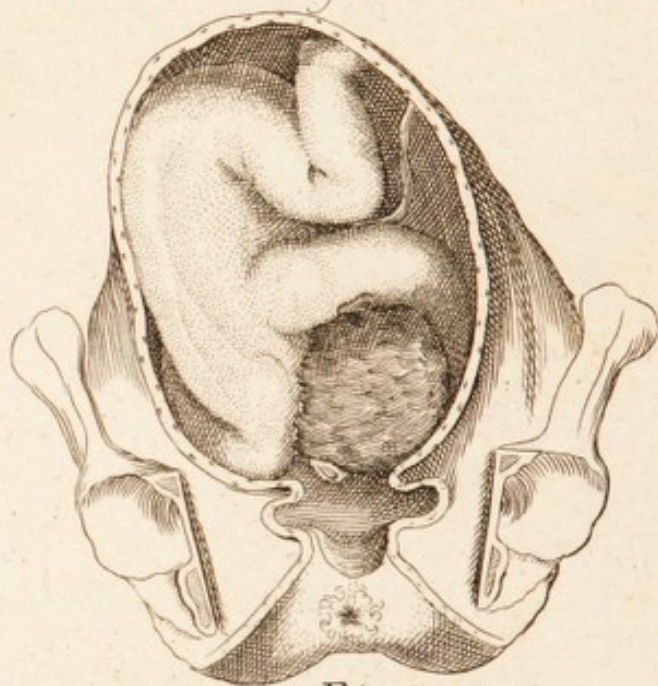


Fig. 3.

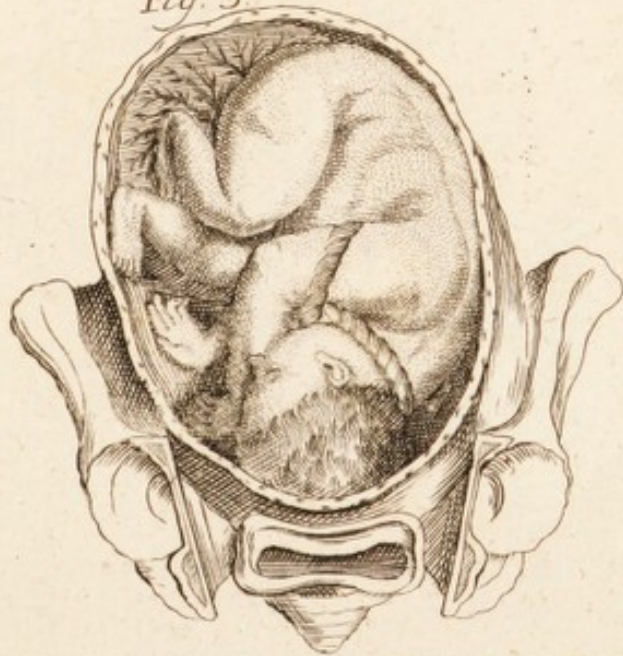


Fig. 6.

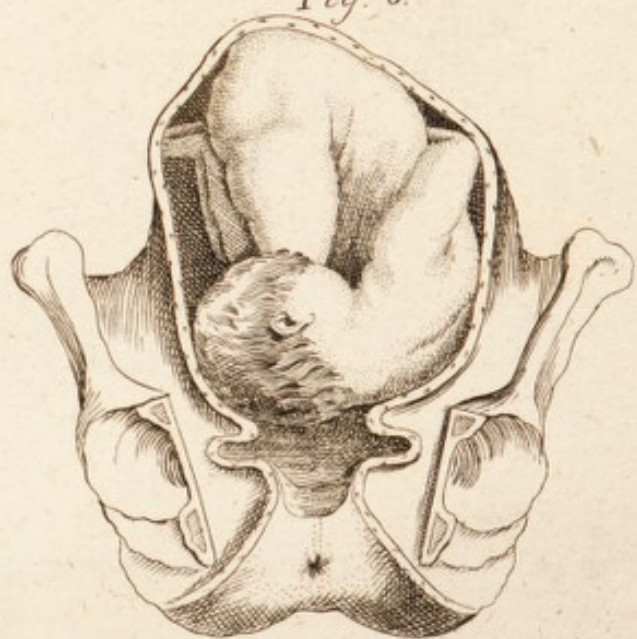


Fig. 1.

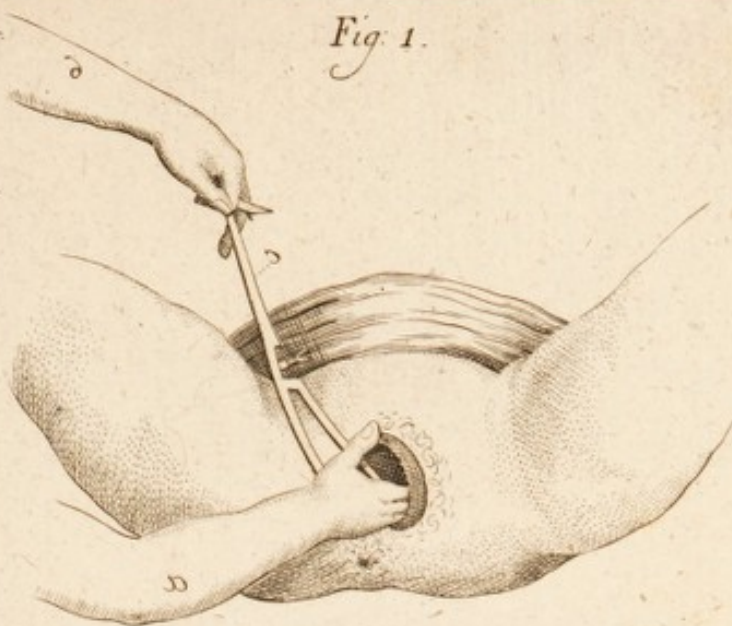


Fig. 4.

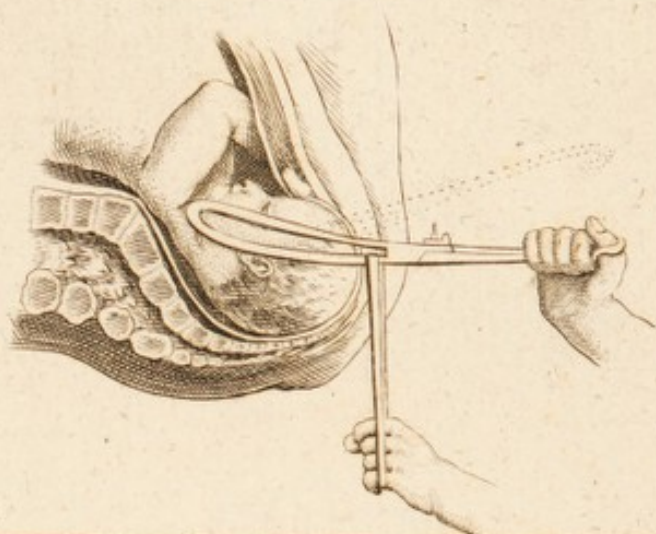


Fig. 2.

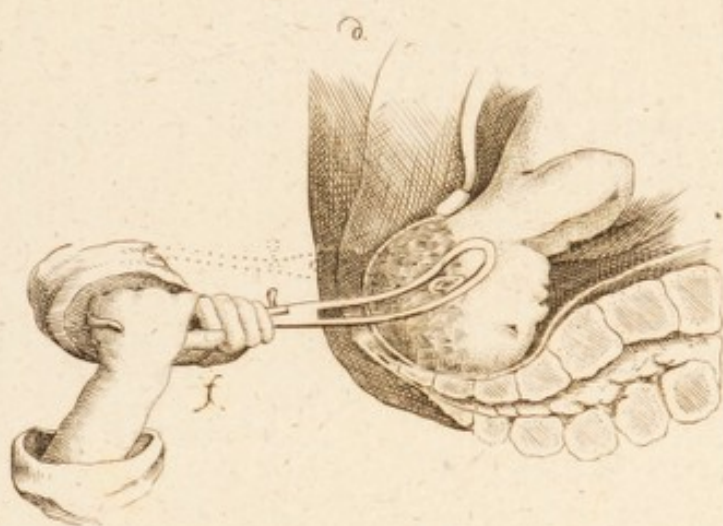


Fig. 5.

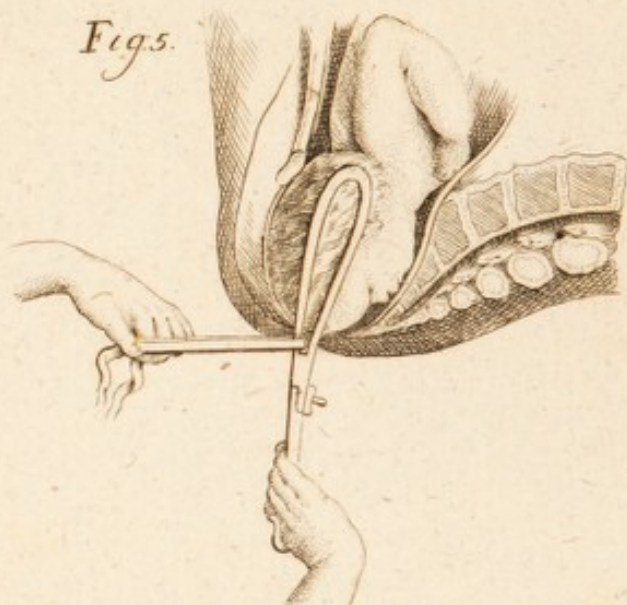


Fig. 3.



Fig. 6.



Fig. 1.

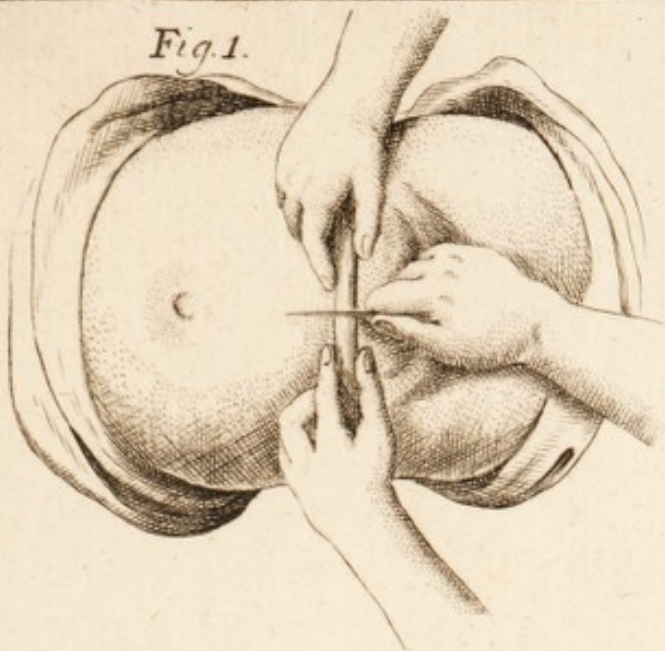


Fig. 4.

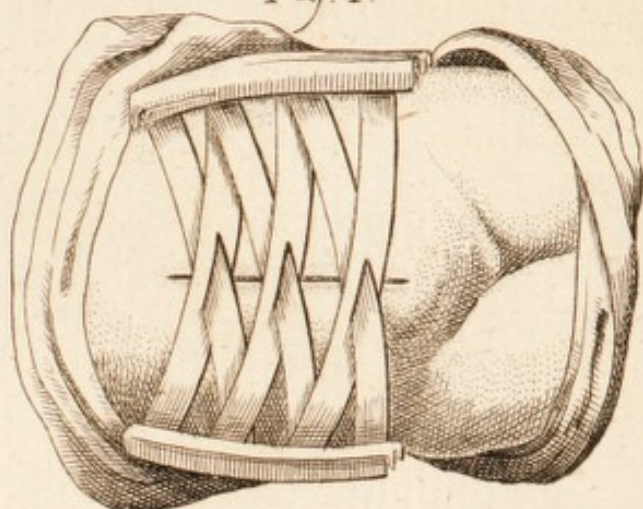


Fig. 2.



Fig. 5.

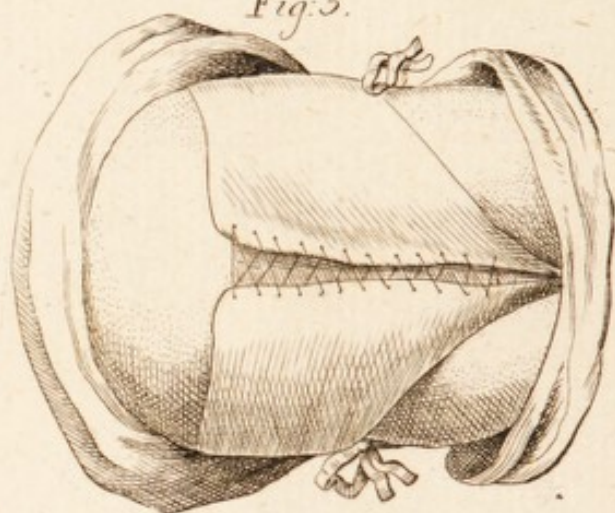


Fig. 3.



Fig. 6.

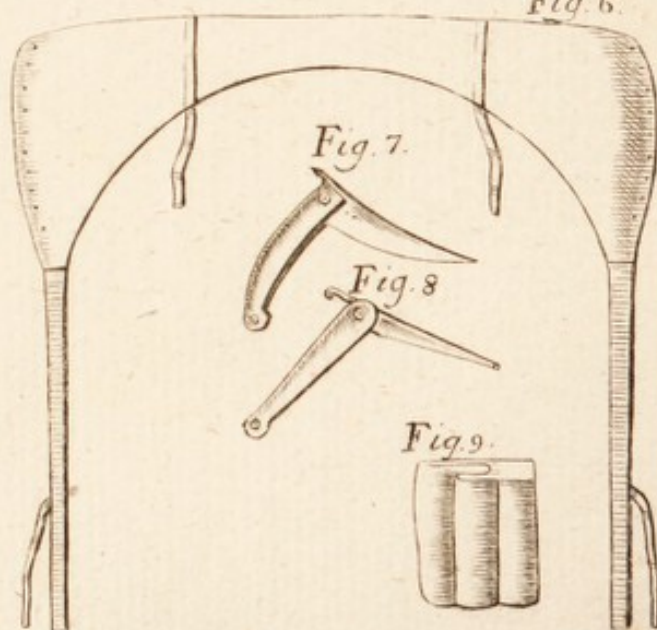


Fig. 7.



Fig. 8.



Fig. 9.



Handwritten text at the top left, possibly "Heldt".



Handwritten text at the top right: "Gravieren die lot und 3. p. 6." and "Aster in Glare &".

9388

200

1.





